

Договор на оказание платных медицинских услуг

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский диагностический центр "ТАФИ-Хабаровск"», именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице генерального директора Пучинской Татьяны Федоровны, действующего на основании Устава с одной стороны, и «Пациент»/«Заказчик» (законный представитель Пациента), персональные данные которого (ФИО, место жительства, телефон), указаны в смете (бланке заказа), являющейся приложением к настоящему Договору и его неотъемлемой частью, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее-Договор) о нижеследующем:

Исполнитель обязуется оказать Пациенту/Заказчику медицинские услуги на следующих условиях:

1. Общие условия:

1.1. Процесс предоставления медицинских услуг осуществляется медицинским персоналом и специалистами Исполнителя в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения РФ, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.

1.2. В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» до получения услуг, требующих медицинского вмешательства (в том числе пункции, биопсии, инъекции и др.), Пациент/Заказчик на основании полученной в доступной форме полной информации, в том числе размещенной в лабораторном отделении Исполнителя, о целях, методах оказания медицинской помощи, возможных вариантах медицинского вмешательства, связанном с ними риске, его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, дает свое информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство либо отказывается от предоставления услуг.

1.3. Результат оказания медицинских услуг оформляется медицинской справкой, результатом лабораторных исследований и/или медицинским заключением, направляемым Исполнителем Пациенту/Заказчику.

Фактом оказания услуги является направление Исполнителем Пациенту/Заказчику результатов лабораторных исследований. Смета (бланк заказа) является актом оказания услуг. В случае неполучения в срок 3-х дней мотивированной претензии услуги считаются оказанными в полном объеме и приняты Пациентом/Заказчиком без замечаний.

1.4. При направлении Потребителя лечащим врачом на консультацию, диагностическое исследование или госпитализацию при отсутствии экстренных показаний срок ожидания медицинской услуги не должен превышать 60 рабочих дней. Порядок фиксирования очередности устанавливается Исполнителем в зависимости от наличия соответствующих специалистов, медикamentов, исправности оборудования, сезона и других факторов, оказывающих влияние на срок исполнения договора. Срок исполнения договора составляет 60 рабочих дней с момента заключения договора (либо с момента забора биоматериала).

2. Права и обязанности Пациента/Заказчика:

2.1. Пациент/Заказчик имеет право:

2.1.1. Самостоятельно на основе действующего прейскуранта определять перечень необходимых медицинских услуг, в том числе связанных с проведением исследований биологического материала без или с учетом рекомендаций, полученных от медицинского персонала Исполнителя. Пациент/Заказчик понимает, что Исполнитель не несет никакой ответственности за цель дальнейшего использования конкретного результата исследований и целесообразность проведения исследований независимо от того, проводились ли исследования по назначению сторонних врачей или по инициативе Пациента/Заказчика.

2.1.2. Ознакомиться со следующей информацией и документами Исполнителя, а именно:

- свидетельство/листом записи, подтверждающим государственную регистрацию; - лицензией на осуществление медицинской деятельности; - режимом работы; - прейскурантом; - иными документами в соответствии с требованиями Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и «Основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ, Постановления Правительства РФ от 4 октября 2012 г. N 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 г. N 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства РФ и признании утратившими силу Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 года № 1006 ».

2.1.3. Получить копию медицинской документации и документации, необходимой для получения налогового вычета в соответствии с частью 3 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации.

2.2. Пациент/Заказчик обязан:

2.2.1. Выполнять (обеспечить выполнение) требования, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, о проведенных ранее обследованиях и лечении, об аллергических реакциях, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг. Граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

2.2.2. Соблюдать (обеспечить соблюдение) все назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя по подготовке к лабораторно-диагностическим и иным исследованиям, а также все назначения и рекомендации по достижению и сохранению результатов лечения.

2.2.3. Оплатить Исполнителю стоимость заказанных медицинских услуг в порядке, предусмотренном настоящим Договором.

2.2.4. Немедленно извещать Исполнителя или лечащего врача обо всех осложнениях, возникших вовремя и после лечения.

2.2.6. Принимать необходимые меры к сохранению конфиденциальной информации, в том числе, но не ограничиваясь: ФИО, номера телефона, номера заказа, сведения смс-уведомления о готовности заказа, адреса электронной почты, даты рождения и сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе, но не ограничиваясь: факта обращения за медицинской услугой, результатов исследований, а также к обеспечению хранения Договора, сметы к Договору, кассового чека и не допущения несанкционированного доступа третьих лиц к такой информации.

3. Права и обязанности Исполнителя:

3.1. Исполнитель имеет право:

3.1.1. По своему усмотрению изменять прейскурант услуг. Прейскурант является официальным документом Исполнителя, содержит полный перечень услуг, оказание которых возможно в рамках настоящего Договора.

3.1.2. Отказаться в предоставлении медицинских услуг:

3.1.2.1. Когда оказание таких услуг не предусмотрено прейскурантом Исполнителя либо, когда исследование, включенное в прейскурант, временно не производится;

3.1.2.2. При выявлении у Пациента заболевания, лечение которого возможно лишь в специализированных медицинских учреждениях, либо имеются противопоказания к проведению диагностических мероприятий;

3.1.2.3. Если медицинское вмешательство сопряжено с неоправданным риском причинения вреда здоровью или угрожает жизни Пациента.

3.1.3. Привлекать третьих лиц к исполнению своих обязательств по данному Договору.

3.1.4. Самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания медицинской услуги.

3.1.5. Использовать по своему усмотрению любые разрешенные на территории Российской Федерации методы и средства, позволяющие выполнить необходимые исследования, при этом количество и формулировка результатов исследований может не совпадать с наименованием соответствующих исследований в других источниках (прейскурант, интернет-сайт и др.) в связи со спецификой или технологией их исполнения.

3.1.6. В связи с особенностями транспортировки биологического материала и/или при необходимости проведения дополнительного исследования биологического материала (включая срочные исследования), срок выдачи результата может быть увеличен.

3.2. Исполнитель обязан:

3.2.1. Информировать Пациента/Заказчика о стоимости оказания предполагаемых медицинских услуг путем ознакомления с действующим прейскурантом.

3.2.2. Оказывать Пациенту/Заказчику истребованные им услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.2.3. Обеспечивать своевременное и качественное информирование Пациента/Заказчика, а также предоставление Пациенту/Заказчику медицинских услуг с соблюдением всех требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.2.4. При невозможности выполнения своих обязательств по срокам предоставления результата исследований в случае наличия технической возможности уведомить Пациента/Заказчика по контактным данным (телефон, электронный адрес) за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством, когда предоставление результатов исследований возможно только при предоставлении документа, удостоверяющего личность самого Пациента/Заказчика, и по выбору Пациента/Заказчика перенести выполнение

исследований на более поздний срок либо возратить Пациенту/Заказчику сумму, уплаченную за услуги, оказание которых в срок не представилось возможным без каких-либо штрафных санкций.

3.2.5. В случае выявления обстоятельств, не позволяющих провести исследование, в том числе связанных с возможным нарушением Пациентом правил подготовки к сдаче анализов, уведомить Пациента/Заказчика о необходимости проведения их повторного взятия.

3.2.6. Пациент/Заказчик уведомлен и согласен, что в случае, если в процессе исследования будет выявлено, что биологический материал, предоставленный Пациентом/Заказчиком, не соответствует требованиям, предъявляемым к образцам (не соблюдены условия подготовки, сбора, хранения, транспортировки образцов; биологический материал загрязнен или полностью отсутствует, или его количества недостаточно), услуга будет считаться оказанной, при этом повторное проведение исследования либо анализ новых (дополнительных) образцов биологического материала, производится за счет Пациента/Заказчика.

3.2.7. Хранить врачебную тайну Пациента и не разглашать без согласия Пациента/Заказчика сведения о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии здоровья Пациента, диагнозе его заболевания или иные сведения, полученные при его обследовании и лечении за исключением случаев, когда в соответствии с законодательством Российской Федерации допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина.

4. Условия оплаты и порядок расчетов

4.1. Стоимость предоставляемых услуг определяется прейскурантом, сметой (бланком заказом) на момент оказания услуг.

4.2. Пациент/Заказчик оплачивает стоимость услуг в соответствии со сметой (бланком-заказом) путем 100% предоплаты. Оплата осуществляется наличными в кассу Исполнителя или по безналичному расчету.

4.3. Исполнитель по окончании оформления заказа обязан выдать на руки Пациенту/Заказчику чек контрольно-кассовой машины за исключением случаев, когда заказанные услуги оплачиваются за Пациента третьим лицом (работодатель, медицинская организация, страховая компания, иные юридические лица), на основании отдельного договора с Исполнителем, выполняющим исследования биоматериала.

5. Ответственность Сторон

5.1. Исполнитель несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

5.2. Пациент/Заказчик осознает, что взятие крови является проникающей манипуляцией, вследствие которой в силу особенностей организма конкретного человека взятие крови может быть невозможно изначально или после нескольких неудачных попыток, а также иметь различные последствия в виде гематом и т.п. В случае невозможности взятия крови Исполнитель возвращает Пациенту/Заказчику деньги, уплаченные за исследование, без каких-либо штрафных санкций.

5.3. Пациент/Заказчик осведомлен о том, что в ряде случаев для выполнения всех или части заказных исследований может возникнуть необходимость повторного (иногда неоднократного) взятия биологического материала. Решение о необходимости повторного взятия биологического материала принимается Исполнителем. Пациент/Заказчик может отказаться от повторного взятия биологического материала.

5.4. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания медицинских услуг в случаях несоблюдения Пациентом рекомендаций по лечению и совершения им иных действий, направленных на ухудшение своего здоровья, а также в случаях медицинского вмешательства третьих лиц после оказания услуг Исполнителем.

5.5. Исполнитель не несет ответственности, если до оказания медицинской услуги Пациент/Заказчик не исполнил обязанность по информированию медицинского персонала Исполнителя об аллергических реакциях Пациента, противопоказаниях, перенесенных им заболеваниях, если неэффективность оказанной медицинской услуги Пациенту или причиненный ему вред явились следствием отсутствия у медицинского персонала Исполнителя такой информации.

5.6. Исполнитель не несет ответственности при возникновении осложнений у Пациента, о возможности которых Пациент/Заказчик был предупрежден до оказания медицинской услуги.

5.7. Исполнитель не несет ответственность за наступление побочных эффектов от применения лекарственных средств и препаратов, на возможность наступления

которых изготовитель таких лекарственных средств и препаратов указывал в аннотации к ним.

5.8. В случае причинения ущерба имуществу Исполнителя Пациент/Заказчик обязан возместить причиненный ущерб в полном объеме.

5.9. В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6. Выдача результатов лабораторных исследований

6.1. Результаты исследований предоставляются в распечатанном виде при предъявлении Договора и/или сметы, и/или кассового чека, или документа, удостоверяющего личность самого Пациента/Заказчика, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством, когда предоставление результатов исследований возможно только при предоставлении документа, удостоверяющего личность самого Пациента/Заказчика.

6.2. Результаты исследований могут быть направлены на указанную Пациентом/Заказчиком электронную почту и/или через мобильное приложение. В данном случае все риски и последствия, связанные с не получением, не своевременным получением или возможным несанкционированным доступом третьих лиц к конфиденциальной информации при указанных выше способах передачи несет Пациент/Заказчик.

7. Персональные данные Пациента/Заказчика:

7.1. Пациент/Заказчик, передавая Исполнителю персональные данные в объеме, необходимом для целей оказания медицинских услуг, представляет право медицинскому персоналу Исполнителя передавать такие персональные данные, к которым Стороны относят также сведения, составляющие врачебную тайну, работникам Исполнителя и иным лицам, участвующим в процессе оказания и/или оплаты медицинских услуг по Договору. Указанные персональные данные могут включать в себя в том числе: ФИО, дату рождения, пол, данные документа, удостоверяющего личность, номер телефона, адрес электронной почты, рост и вес, сведения о беременности, номер заказа, сумму заказа, номер дисконтной карты и размер скидки, номер страхового полиса, результаты выполненных лабораторных исследований/оказанных медицинских услуг, диагноз, код донора.

7.2. Пациент/Заказчик предоставляет Исполнителю право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с предоставленными персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных с правом обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

7.3. Пациент/Заказчик предоставляет Исполнителю право обработки персональных данных в целях в том числе: оказания медицинских услуг, предоставления Пациенту/Заказчику результатов исследования (в том числе при помощи онлайн-сервиса), предоставления Пациенту/Заказчику ретроспективных данных по оказанным Пациенту медицинским услугам и результатам исследований, контроля качества медицинских услуг, реализации дисконтной программы, продвижения услуг путем осуществления прямых контактов с Пациентами/Заказчиками с помощью средств связи, проведения маркетинговых исследований, в целях, указанных в п. 2.1.3 настоящего Договора. Пациент/Заказчик предоставляет Исполнителю право на поручение обработки персональных данных сторонней организации на основании заключенного договора в составе, необходимом для осуществления смс и e-mail рассылки Пациентам/Заказчикам.

7.4. Для целей оказания медицинских услуг Исполнителю предоставляется право осуществлять обмен (прием и передачу) персональных данных с иными третьими лицами, в том числе: медицинскими организациями, органами государственной и муниципальной власти в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации, с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

7.5. В целях контроля качества оказания медицинских услуг, обеспечения безопасности и идентификация Заказчика/Пациента проводится открытая видеосъемка и /или аудиозапись путем установления видеокамер в публичных помещениях.

7.6. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов, установленному законодательством Российской Федерации.

7.7. Настоящее согласие действует бессрочно, при этом Пациент/Заказчик имеет право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего

письменного документа, который должен быть направлен в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

8. Порядок изменения и расторжения Договора

8.1. Изменение и расторжение Договора возможны по соглашению Сторон в соответствии с п.1 ст. 450 ГК РФ.

8.2. В случае расторжения Договора по инициативе Пациента/Заказчика, оплата за медицинские услуги и/или исследования, которые уже были выполнены, возврату не подлежит.

9. Прочие условия

9.1. Заказчик заверяет и гарантирует, что в установленном законом порядке обладает всеми необходимыми правами и полномочиями по заключению настоящего Договора, в том числе в отношении указанных в Договоре несовершеннолетних/недееспособных лиц (где применимо), а также дачи в отношении указанных лиц согласия на медицинское вмешательство, а в случае нарушения указанных заверений и гарантий самостоятельно понесет риск всех связанных с этим негативных последствий.

9.2. В случае обращения к Исполнителю третьего лица с предоставлением оригиналом Договора Пациента/Заказчика, и/или сметы заказа, и/или кассового чека, для получения какой – либо информации о результатах лабораторных исследований и/или информации о Пациенте/Заказчике (неисполнение Пациентом/Заказчиком п.2.2.6 Договора), равно как и в случае обращения в контакт-центр Исполнителя с указанием перечисленных сведений, Исполнитель не несет какой-либо ответственности в случае выдачи результатов лабораторных исследований и раскрытия иной информации, если Пациентом/Заказчиком не было сообщено о пропаже (отсутствии) указанных документов и/или запрете выдачи результатов третьим лицам при их пропаже (отсутствии) у Пациента/Заказчика.

Настоящий пункт Договора при отсутствии вышеуказанного запрета является письменным согласием Пациента/Заказчика на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, включая результаты проведенных лабораторных исследований, согласно п.3 ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и/или выдачу иной конфиденциальной информации третьим лицам.

Пациент/Заказчик осознает все риски и последствия не сохранения (разглашения) врачебной тайны и иной конфиденциальной информации и подтверждает в дальнейшем отсутствие к Исполнителю каких - либо претензий, связанных с разглашением такой информации в вышеуказанных случаях.

9.3. Договор составляется в 3-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика, третий - у Пациента. В случае если Договор заключается между Пациентом и Исполнителем, то он составляется в 2-х экземплярах. Стороны согласовали подписание данного Договора при помощи факсимильного воспроизведения печати и подписи в соответствии с п.2 ст. 160 ГК РФ.

9.4. Пациент/Заказчик заверяет и гарантирует, что он должным образом ознакомлен со всеми пунктами Договора и согласен с его условиями. Ему предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

9.5. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.

9.6. Все неурегулированные настоящим Договором отношения регулируются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

9.7. Настоящий Договор вступает в силу с момента его заключения и действует бессрочно.

Исполнитель:

ООО МДЦ «ТАФИ-Хабаровск» ИНН/КПП 2721140858/272101001

ОГРН 1062721095865 Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе 14.08.2006 г., выдано ИФНС по Центральному району г. Хабаровска 2721

Юридический адрес: 680000, Россия, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Запарина, д.49

Тел: 8 (4212) 41-42-43: <https://tafimed.ru/>

р/с 40702810213790001584 в Филиал "Центральный" Банка ВТБ (ПАО) г.Хабаровск к/с 30101810145250000411 БИК 044525411

Генеральный директор, на основании протокола общего собрания участников от 06.04.2015 г.

/Пучинская Т.Ф./

Лицензия на осуществление медицинской деятельности номер Л041-01189-27/003840708 от 10.10.2012 г., срок действия - бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Хабаровского края, 680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, д. 32 E-mail: zdrav@khv.gov.ru. При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике; сестринскому делу; медицинской микробиологии; стоматологии.

При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: клинической лабораторной диагностике; организации здравоохранения и общественному здоровью; эпидемиологии; медицинской микробиологии; ультразвуковой диагностике.

Жалоба может быть направлена по почтовому адресу: 680000, Россия, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Запарина, д. 49, tafikhabarovsk@gmail.com.

До заключения договора Пациент уведомлен, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

До Пациента в доступной форме доведена следующая информация:

Перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, предусмотренной пунктом 11 настоящих Правил, с указанием цен в рублях;

Сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;

Стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;

Сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг;

Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

График работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

Перечень категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления учредителем медицинской организации государственной системы здравоохранения или муниципальной системы здравоохранения и (или) руководителем медицинской организации частной системы здравоохранения.

Заказчик/Пациент:

Фамилия

Имя

Отчество

Адрес

Телефон

Адрес электронной почты:

Документ удостоверяющий личность: серия _____ номер _____

Выдан

г. (заполняется со слов Пациента)

с условиями договора и правилами забора материала ознакомлен(а) и согласен(сна)

_____/_____/_____ Подпись

(Фамилия И.О.)

Дата: ____ . ____ . 20 ____ г.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
 (фамилия, имя, отчество гражданина либо заказчика)
 "___" _____ г. рождения, зарегистрированный по
 адресу: _____ проживающий по
 адресу _____
 в отношении _____
 (фамилия, имя, отчество пациента) "___" _____ г.
 рождения, (дата рождения пациента при подписании _____
 представителем)

Проживающего по адресу: _____
 Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских
 вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских
 вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное
 согласие при выборе врача и медицинской организации для получения
 первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом
 Министерства здравоохранения и социального развития Российской
 Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством
 юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень),
 для получения первичной медико-санитарной помощи / получения
 первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем
 которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в **Общество с ограниченной
 ответственностью «Медицинский диагностический центр "ТАФИ-
 Хабаровск"»**
 Медицинским _____ работником

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания
 медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты
 медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность
 развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания
 медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от
 одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в
 Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев,
 предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011
 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской
 Федерации».

Мне разъяснен характер необходимых диагностических манипуляций: забор
 крови и/или другого биологического материала, я подтверждаю, что мне
 понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское
 вмешательство.

Настоящим я доверяю выполнить следующие инвазивные манипуляции:
 забор крови и/или другого биологического материала.
 Содержание указанных выше медицинских действий, связанных с ними
 возможных осложнений и последствий мне известны. Я хорошо понял(а) все
 разъяснения медицинского работника, я понимаю, что существует
 определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов
 и осложнений: - (гиперемия) покраснение в месте инъекции, болевые
 ощущения, инфильтрат, гематома, абсцесс, аллергические реакции и др. Я
 имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Ф.И.О. Пациента/Заказчика	Подпись
---------------------------	---------

Так же даю свое согласие на обработку и использование персональных
 данных согласно п. 7 Договора и Федерального закона от 27.07.2006 N 152-
 ФЗ «О персональных данных».

Ф.И.О. Пациента/Заказчика	Подпись
---------------------------	---------

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5
 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об
 основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть
 передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица,
 законным представителем которого я являюсь:

Ф.И.О. Доверенного лица	Подпись Пациента/Заказчика
-------------------------	----------------------------

Согласие на обработку персональных данных

Я _____,
 (фамилия, имя, отчество – полностью)
 проживающий по адресу _____

_____ (место регистрации)
 паспорт _____ выдан _____
 (серия, номер) _____ (название выдавшего органа, дата выдачи)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г.
 «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на
 обработку **Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский
 диагностический центр "ТАФИ-Хабаровск" ИНН 2721140858**, (далее —
 Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя,
 отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные
 телефоны, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии моего здоровья,
 заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-
 профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и
 оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется
 лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и
 обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором
 мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам,
 передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие
 врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах
 моего обследования и лечения. Даю согласие и предоставляю право
 Оператору передавать мои персональные данные иным организациям,
 состоящим в договорных отношениях с Оператором, для исполнения
 договора на оказание платных медицинских услуг заключенного между
 мной и Оператором.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с
 моими персональными данными, включая сбор, систематизацию,
 накопление, хранение, обновление, изменение, использование,
 обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать
 мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу
 данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы,
 предусмотренные документами, регламентирующими предоставление
 отчетных данных (документов) по договору ДМС. Оператор имеет право во
 исполнение своих обязательств по работе в системе по договору ДМС на
 обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой
 медицинской организацией _____ с использованием
 машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер,
 обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при
 условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным
 сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных
 данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов
 (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение
 может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует бессрочно
 Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления
 соответствующего письменного документа, который может быть направлен
 мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о
 вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.
 В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего
 согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить
 их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения
 взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.
 Контактный телефон (ы) _____ и почтовый
 адрес _____

Подпись субъекта персональных данных _____

