

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**  
об оказании платных медицинских услуг

г. Азов

Общество с ограниченной ответственностью «ГРАДА», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_, действующей(его) на основании доверенности \_\_\_\_\_, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно «Стороны» заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ**

- 1.1. Заказчик - физическое лицо, заключающее настоящий Договор с Исполнителем.
- 1.2. Исполнитель - ООО «ГРАДА»
- 1.3. Пациент - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги, оказываемые Исполнителем в объемах и порядке, установленном настоящим Договором.

**2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

- 2.1. Настоящий Договор определяет условия и порядок оказания платных медицинских услуг.
- 2.2. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется предоставить платные медицинские услуги (далее «медицинские услуги») в объеме, установленном Приложением к настоящему Договору и дополнительными приложениями, Пациенту в течение срока действия настоящего Договора, Заказчик обязуется оплачивать медицинские услуги, Пациент обязуется выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, соблюдать рекомендации врачей и персонала Исполнителя.
- 2.3. Заказчик имеет право приобретать дополнительные медицинские услуги, которые не входят в приложение, путем подписания дополнительных приложений к настоящему Договору.
- 2.4 Пациентом по настоящему Договору является (заполняется, если Пациент не является Заказчиком):

ФИО пациента:	-		
Дата рождения:	-	Место рождения:	
Паспорт, свидетельство о рождении:	серия:	номер:	
Выдан:		Дата выдачи:	
Адрес места жительства:			
Адрес места регистрации:			

(если пациент несовершеннолетнее/недееспособное лицо, то следует указать основание для представления его интересов - степень родства (отец или мать) или документ, подтверждающий опеку/попечительство/усыновление/удочерение Пациента или реквизиты доверенности, или иного документа, подтверждающего представителя пациента).

- 2.5. Объем предоставления Пациенту медицинских услуг определяется Исполнителем, в момент обращения Пациента в медицинский центр Исполнителя с целью получения медицинских услуг, и указывается в медицинской документации Пациента.
- 2.6. Медицинские услуги оказываются в течение срока действия настоящего Договора. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Пациенту в рамках настоящего Договора, указывается в Приложении к Договору и дополнительных приложениях (при их наличии).
- 2.7. По настоящему Договору Исполнитель не предоставляет право на льготное обслуживание и приобретение бесплатно или со скидкой лекарственных препаратов.
- 2.8. Заказчик/Пациент уведомлен о порядке получения медицинской помощи на территории РФ, а также о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи по территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствующих медицинских организациях. Заказчик/Пациент согласен получить платные медицинские услуги в ООО «ГРАДА».
- 2.9. Медицинские услуги оказываются в медицинском центре Исполнителя, расположенном по адресу: г. Азов, пл. Петровская, дом 5/30

**3. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА И ПРАВА СТОРОН**

- 3.1. Обязанности Исполнителя:
  - 3.1.1. Оказывать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, а также стандартами медицинской помощи, действующими на территории РФ, и условиями Приложения и дополнительного приложения (при его наличии).
  - 3.1.2. Оформить необходимые для обслуживания Пациента медицинские документы, в том числе медицинскую карту. В необходимых случаях в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации выдавать Пациенту медицинскую документацию установленного образца (врачебные заключения, справки и заключения о состоянии здоровья, рецепты (за исключением льготных), направления на госпитализацию).
  - 3.1.3. Информировать Пациента об обстоятельствах, затрудняющих выполнение медицинских услуг в рамках настоящего Договора по объективным причинам (болезнь специалиста, поломка аппаратуры, отсутствие вакцин на фармацевтическом рынке и т.п.) и о дате возможного возобновления оказания медицинских услуг.
  - 3.1.4. Предоставлять Пациенту достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях.
  - 3.1.5. Информировать Пациента о сущности диагностических и лечебных мероприятий, проводимых в отношении Пациента, о возможности возникновения осложнений и противопоказаний при оказании медицинских услуг.
  - 3.1.6. По письменному заявлению Пациента выдавать выписку из амбулаторной карты, иную медицинскую документацию в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

3.1.7. По требованию Пациента/ Заказчика предоставить для ознакомления документы, подтверждающие специальную правоспособность Исполнителя и его врачей.

3.1.8. Соблюдать врачебную тайну, конфиденциальность персональных данных Заказчика/Пациента используемых в медицинских информационных системах.

3.1.9. При оказании медицинских услуг обеспечивать применение разрешенных к применению в РФ лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания (при нахождении Пациента в дневном стационаре), медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств.

3.1.10. При несоблюдении Пациентом правил и условий медицинского обслуживания Исполнителя, а также при совершении действий, наносящих ущерб Исполнителю, Исполнитель имеет право в одностороннем порядке отказать в оказании медицинских услуг указанным Пациентам и требовать возмещения сумм причиненного ущерба.

3.1.11. Обеспечить Заказчика и Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о месте нахождения Исполнителя (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне оказываемых медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях оказания и получения этих услуг, включая сведения о квалификации и сертификации специалистов и гарантийных сроках на оказанные медицинские услуги.

3.2. Обязанности Заказчика:

3.2.1. Заказчик обязуется оплатить стоимость медицинских услуг в порядке, установленном настоящим Договором.

3.2.2. До начала оказания медицинских услуг предоставить Исполнителю информацию и уведомить Пациента о необходимости предоставления информации о перенесенных Пациентом заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях Пациента, по возможности предоставить результаты лабораторных и инструментальных исследований за истекший год, выписки из амбулаторных карт и карт стационарного больного (при наличии).

3.2.3. Выполнять все требования и обеспечить выполнение Пациентом всех требований, назначений и рекомендаций по лечению Пациента, в том числе обеспечить соблюдение указаний Исполнителя, предписанных на период после оказания медицинской услуги; обеспечить соблюдение гарантийных условий; своевременно предупреждать об отсутствии у Пациента возможности прийти на прием.

3.2.4. Заказчик обязуется своевременно извещать Пациента о режиме работы Исполнителя.

3.2.5. Заказчик обязуется обеспечить осуществление Пациентом действий, направленных на достижение должного уровня заботы о своем здоровье и несовершенные действия, наносящих ущерб здоровью Пациента и здоровью других лиц.

3.2.6. Заказчик обязуется обеспечить осуществление Пациентом при отсутствии медицинских противопоказаний, обязательные профилактические мероприятия, невыполнение которых создает угрозу здоровью Пациента и здоровью окружающих.

3.2.7. Заказчик обязуется обеспечить осуществление Пациентом мер предосторожности при контактах с другими лицами, включая медицинских работников, в случае, если он знает о наличии у него заболевания, представляющего опасность для окружающих.

3.2.8. Заказчик обязуется обеспечить сообщение Пациентом Исполнителю сведений о наличии у Пациента заболеваний, представляющих опасность для окружающих, при использовании крови, биологических жидкостей, органов и тканей Пациента как донора.

3.2.9. Заказчик обязуется обеспечить сообщение Пациентом Исполнителю о жалобах, перенесенных заболеваниях, обращениях за медицинской помощью, изменениях в состоянии здоровья.

3.2.10. Заказчик обязуется обеспечить сообщение Пациентом Исполнителю необходимой для медицинского вмешательства информации о состоянии здоровья Пациента и иных сведений, которые могут сказаться на качестве, объеме и сроках оказываемых медицинских услуг.

3.2.11. Для соблюдения требований, установленных действующим законодательством РФ, Заказчик и Пациент обязуются предоставить Исполнителю согласие на обработку своих персональных данных по форме, установленной Исполнителем.

3.3. Права Исполнителя:

3.3.1. Самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказание медицинской услуги Пациенту.

3.3.2. Отказать в оказании медицинских услуг вследствие невозможности Исполнителя оказать услуги Пациенту, в том числе в случае невыполнения Пациентом требований медицинского персонала Исполнителя, при выявлении у Пациента противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий, если у Пациента имеются острые инфекционные заболевания, если Пациент находится в состоянии наркотического или алкогольного опьянения, а также в случаях, указанных в локальных актах Исполнителя и/или дополнительном приложении (при его наличии).

3.3.3. Приостановить оказание/не приступать к оказанию Пациенту медицинских услуг по настоящему Договору в случае нарушения Заказчиком положений главы 4 настоящего Договора, а равно в случаях, указанных в Приложении и дополнительных приложениях (при наличии).

3.3.4. Исполнитель вправе с целью исполнения обязательств по настоящему Договору привлекать третьих лиц, которые имеют все предусмотренные законодательством Российской Федерации разрешения.

3.3.5. В течение всего срока действия Договора, а по его истечении - в течение срока, установленного законодательством РФ, обрабатывать следующие персональные данные Заказчика и Пациента - Ф.И.О., пол и дата рождения, адрес места жительства, биометрические и паспортные данные, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов, ведения учета и систематизации оказанных услуг, проведения маркетинговых программ, статистических исследований, следующими способами: получение, ввод, сбор, систематизация, накопление персональных данных, хранение, удаление персональных

данных (в электронном виде и на бумажном носителе); обновление, изменение персональных данных; использование персональных данных в связи с оказываемыми услугами; передача персональных данных субъекта в порядке, предусмотренном законодательством РФ, передача по внутренней сети и во внешние организации на бумажном и машинных носителях, а также по незащищенным каналам связи.

3.3.6. В случае предоставления экстренной медицинской помощи Пациенту (инфаркт, инсульт, нарушение сердечного ритма и т.д.) Исполнитель без согласования с Заказчиком принимает все необходимые меры для оказания медицинской помощи.

3.4. Права Заказчика:

3.4.1. Требовать от Исполнителя надлежащего выполнения им обязательств по настоящему Договору.

3.4.2. Осуществить выбор лечащего врача Пациента, с учетом согласия врача, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.4.3. Требовать оказания медицинских услуг Пациенту в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям, действующим на территории Российской Федерации.

3.4.4. Требовать проведения консультаций врачей-специалистов по вопросам здоровья Пациента, в том числе проведение консилиума врачей в рамках Программы Пациента.

3.4.5. Требовать облегчения боли Пациента, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами.

3.4.6. Заказчик имеет право на защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

3.5. Стороны подтверждают, что Пациент имеет право на возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании Пациенту медицинских услуг в порядке и в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

#### **4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

4.1. Стоимость медицинских услуг указывается в Приложении и дополнительных приложениях (при их наличии).

4.2. Оплату медицинских услуг Заказчик осуществляет путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или в безналичном порядке, в том числе путем расчетов с использованием платежных карт, в размере, указанном в Приложении и/или дополнительном приложении единовременным платежом в день оказания медицинских услуг.

4.3. За просрочку платежей Исполнитель оставляет за собой право выставить Заказчику пеню в размере 0,1% от суммы просроченного платежа за каждый день просрочки, которую Заказчик обязуется оплатить.

#### **5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности информации, полученной при исполнении условий настоящего Договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны, если иное не предусмотрено законодательством РФ.

#### **6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. Ответственность Исполнителя:

6.1.1. За качество, объем и сроки оказания медицинских услуг, за исключением ситуаций, когда исполнение сроков не соблюдено по причинам, не зависящим от Исполнителя.

6.1.2. За достоверное и своевременное информирование Пациента о возможном развитии побочных явлений или осложнений, связанных с лечебно-диагностическим процессом при оказании медицинских услуг.

6.1.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неоказание и/или ненадлежащее оказание медицинских услуг по настоящему Договору, если Заказчик/Пациент нарушают требования настоящего Договора, а равно в случаях приостановления оказания услуг, в том числе в случаях, предусмотренных Программой и дополнительным приложением (при его наличии), или прекращения оказания услуг по инициативе Заказчика/Пациента в случаях, когда проводимое Исполнителем лечение не закончено.

6.1.4. Исполнитель не несет ответственности в случаях несоблюдения Пациентом врачебных назначений по лечению и при совершении Пациентом иных неправомерных действий.

6.1.5. Подтверждением факта оказания медицинских услуг является медицинская документация Исполнителя.

6.2. Ответственность Заказчика:

6.2.1. Заказчик несет ответственность за своевременную оплату стоимости предоставленных медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора.

6.2.2. За достоверность предоставленной врачу информации о перенесенных Пациентом заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях в отношении Пациента.

6.2.3. За выполнение/невыполнение Пациентом всех требований и рекомендаций персонала Исполнителя, в том числе за соблюдение/несоблюдение указаний Исполнителя, предписанных на период после оказания медицинской услуги.

6.3. Неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей Пациентом, повлекшее ухудшение качества оказанной медицинской услуги, соответственно снимает ответственность с Исполнителя за качество медицинских услуг.

6.4. Заказчик обязан возместить в полном объеме все возможные убытки, которые были причинены Исполнителю и/или третьим лицам, возникшие в результате действия/бездействия Заказчика.

6.5. По соглашению Сторон проценты по денежному обязательству любой из Сторон настоящего договора, предусмотренные ст.317.1 Гражданского Кодекса РФ, не начисляются и не подлежат оплате.

#### **7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

7.1. Все споры, возникающие при выполнении настоящего Договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора в досудебном порядке, все неурегулированные вопросы подлежат разрешению в судебном порядке.

7.2. Досудебный претензионный порядок рассмотрения споров обязателен, срок для рассмотрения претензии составляет 10 (десять) календарных дней с даты её получения.

## 8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.

8.2. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут по основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации. В случае расторжения настоящего Договора по инициативе Заказчика, датой расторжения Договора не может быть дата ранее даты приёма письменного заявления Заказчика Исполнителем.

8.3. В случае досрочного прекращения настоящего Договора по инициативе Заказчика, сумма денежных средств, подлежащая возврату Заказчику, исчисляется с учётом фактически оказанных Заказчику услуг в соответствии с ценами, указанными в Прейскуранте.

8.4. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, один экземпляр остается у Исполнителя, два других передаются Заказчику для последующей передачи одного из них Пациенту.

8.5. Настоящим Заказчик подтверждает, что до подписания настоящего Договора он ознакомлен с условиями оказания медицинских услуг, а равно с перечнем, стоимостью медицинских услуг в соответствии с утвержденным Исполнителем Прейскурантом, размещенном на информационном стенде в медицинском центре Исполнителя, а равно с иной необходимой информацией.

8.6. Медицинские услуги не оказываются, если у Пациента имеются противопоказания, препятствующие оказанию услуг по настоящему Договору, а равно в случаях, указанных в Приложении и дополнительном приложении (при его наличии).

8.7. Заказчик настоящим подтверждает, что он ознакомился и согласен с правилами и условиями медицинского обслуживания в медицинской организации Исполнителя и обязуется соблюдать их, обеспечить их соблюдения Пациентом, и что он уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

8.8. В случае, если какая-либо часть или части настоящего Договора будут признаны недействительными, незаконными или неприемлемыми к исполнению, это решение не должно отражаться на оценке обоснованности, законности и выполнимости других его частей и положений.

8.9. Приложения к Договору:

- «Перечень и стоимость медицинских услуг»;

- «Перечень услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией».

8.10. Подписывая настоящий Договор, Заказчик дает согласие на обработку своих персональных данных согласно условиям п. 3.3.5 Договора и на получение информации об услугах Исполнителя по e-mail (электронной почте) и телефону на указанный мною выше номер телефона и адрес электронной почты.

8.11. Настоящим Заказчик подтверждает, что указанные в разделе 9 Договора номер мобильного телефона и адрес электронной почты, являются достоверными, номер принадлежит Заказчику на основании договора об оказании услуг связи (абонента), а адрес электронной почты - зарегистрирован на имя Заказчика и принадлежит ему (используется им).

8.12. С момента подписания настоящего Договора все ранее заключенные между сторонами договоры об оказании платных медицинских услуг утрачивают силу. Все права и обязанности по ранее заключенным между сторонами договорам об оказании платных медицинских услуг переходят в полном объеме в настоящий Договор с момента его подписания.

## 9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

**Исполнитель: ООО «ГРАДА»**

Адрес места нахождения: г. Азов, пл. Петровская, дом 5/30

ИНН 6140003605 КПП 614001001

ОГРН 1166196064540 ОКПО 02980706

р/с: 40702810508600000718 в ПАО КБ «Центр-инвест»

к/с: 30101810100000000762 БИК 046015762

Лицензия ЛО-61-01-007568 от 24.01.2020 Серия: МЗ РО

Л №0009032 на осуществление медицинской

деятельности выдана Министерство здравоохранения

Ростовской области. Адрес: Ростов-на-Дону, ул. 1-й

Конной Армии, 33

**Регистратор**

/

подпись

**Заказчик:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Заказчик**

v

(ФИО, подпись Заказчика собственноручно)

Настоящее приложение является неотъемлемой частью договора об оказании платных медицинских услуг, заключенного между Исполнителем и Заказчиком, при этом об изменении нижеуказанных данных в связи с переоформлением лицензии Исполнитель уведомляет Заказчика путем размещения лицензии на информационном стенде в медицинском центре Исполнителя, а также на официальном сайте [www.zabota-azov.ru](http://www.zabota-azov.ru).

**Лицензия:** ЛО-61-01-007568 от 24.01.2020 Серия: МЗ РО Л №0009032

**Лицензирующий орган:** Министерство здравоохранения Ростовской области. Адрес: 344029, г. Ростов-на-Дону, ул.1-й Конной Армии, 33 Тел.: (863) 242-41-09 Email: [minzdrav@aanet.ru](mailto:minzdrav@aanet.ru)

**Перечень услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией:**

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: гастроэнтерологии, гематологии, дерматовенерологии, детской кардиологии, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), детской онкологии, детской урологии-андрологии, детской хирургии, детской эндокринологии, диетологии, кардиологии, неврологии, нефрологии, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), пульмонологии, аллергологии и иммунологии, ревматологии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, хирургии, эндокринологии.

Настоящим Заказчик/Пациент подтверждает, что уведомлен о способах предоставления изменений сведений о лицензии на осуществление медицинской деятельности и согласен с ними

**Исполнитель: ООО «ГРАДА»**

Регистратор: \_\_\_\_\_

**Заказчик:**

v \_\_\_\_\_  
(ФИО, подпись Заказчика/Пациента собственноручно)

### 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

Я, \_\_\_\_\_ дата рождения: \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем: \_\_\_\_\_ - дата рождения: \_\_\_\_\_  
зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

в соответствии со статьей 20 Федерального закона № 323-ФЗ от 01.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств

№	Перечень видов медицинских вмешательств
1.	Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, визуальное исследование.
2.	Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование, определение дермографизма.
3.	Антропометрические исследования (рост, вес, окружность головы и др.), соматоскопия
4.	Термометрия (измерение температуры тела).
5.	Тонометрия (измерение давления).
6.	Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7.	Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8.	Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9.	Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, цитологические, гистологические, гормональные, коагулологические, серологические, онкомаркеры, ПЦР-диагностика и др., включая заборы крови, мочи, кала, слюны, пота и прочих биологических жидкостей и тканей, аллергологические пробы (кожные скарификационные тесты).
10.	Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, велоэргометрия, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), УЗИ с вагинальными и ректальными датчиками и др.
11.	Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно, внутрисуставно, методом электрофореза и др.; прием таблетированных препаратов. Диагностические пункции полостей и органов (люмбальная, суставная и т.д.).
12.	Медицинский массаж, рефлексотерапия, мануальная терапия, физиотерапевтические процедуры.
13.	Лечебная физкультура.

в том числе 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в ООО «ГРАДА».

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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья.

(Ф. И. О. гражданина, контактные телефоны, паспортные данные)

Мне разъяснено, что несоблюдение медицинских указаний (рекомендаций), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф. И. О. гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф. И. О. медицинского работника)

Дата: \_\_\_\_\_

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО заявителя)

дата рождения: \_\_\_\_\_ паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

выдан: \_\_\_\_\_ код подразделения: \_\_\_\_\_  
дата и наименование выдавшего органа

прописанный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

контактные телефоны: \_\_\_\_\_

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

### действующа на основании:

(степень родства и/или документ, подтверждающий опеку/попечительство/усыновление/удочерение Пациента, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего представителя пациента)

представляя интересы Пациента: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

дата рождения: \_\_\_\_\_ паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

выдан: \_\_\_\_\_ код подразделения: \_\_\_\_\_  
дата и наименование выдавшего органа

прописанный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

контактные телефоны: \_\_\_\_\_

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями Федерального закона РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Федерального закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», подтверждаю свое согласие на обработку Оператором - **Обществом с ограниченной ответственностью «ГРАДА» (ООО «ГРАДА»)**, место нахождения: г. Азов, Петровская пл. 5/30, ОГРН 1166196064540, персональных данных Пациента, включающих в том числе фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, контактные адреса электронной почты, реквизиты паспорта (иного документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), информацию о факте обращения за медицинской помощью, данные о состоянии здоровья, диагнозах, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, и иную информацию, полученную при обследовании и лечении (далее – персональные данные) информирования об услугах клиники, о записи на прием и/или о предстоящем посещении врача, сроках оказания услуг, специальных предложениях и рекламных акциях, системах скидок и бонусов, предоставления иных, связанных с исполнением договора оказания медицинских услуг, сведений, путем использования средств телемедицины для оказания медицинских услуг, исследований удовлетворенности качеством оказанных услуг и продвижения услуг Оператора на рынке с помощью электронной почты, смс-информирования, почтовой рассылки.

Я подтверждаю свое согласие на обработку Оператором персональных данных Пациента, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях улучшения качества обслуживания пациентов, с целью информирования о записи на прием и/или о предстоящем посещении врача, в целях проведения маркетинговых и статистических исследований/программ, в целях оказания дополнительных медицинских и иных услуг медицинскими учреждениями-соисполнителями при оказании услуг путем осуществления прямых контактов с помощью электронной почты, смс-информирования, почтовой рассылки, а для оказания услуг по средствам телемедицины – путем использования информационных и телекоммуникационных каналов связи.

Я подтверждаю, что указанный в настоящем согласии номер мобильного телефона, является достоверным и принадлежит мне (Пациенту) на основании надлежащего договора об оказании услуг связи, а адрес электронной почты – зарегистрирован на мое имя (имя Пациента) и используется мною (Пациентом).

В процессе оказания Оператором медицинских услуг предоставляю право Оператору передавать номера контактных телефонов, e-mail и персональные данные другим операторам — территориальным фондам ОМС, Заказчику медицинской услуги\*, ООО «КДЛ ДОМОДЕДОВО-ТЕСТ» (место нахождения: область Московская, район Домодедовский, город Домодедово, шоссе Каширское, 7), ООО "ИНВИТРО-Ростов-на-Дону" (место нахождения: Ростовская область, город Ростов-на-Дону, проспект Космонавтов, дом 2/2 литер о), а также Заказчику медицинской услуги\*

\_\_\_\_\_ (полное наименование юридического лица / ФИО физического лица Заказчика и его адрес)

Я предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление доступа), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, обработку посредством внесения в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС, Программе государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью, договору, заключенному Оператором с Заказчиком или медицинским учреждением-соисполнителем.

Я ознакомлен и даю согласие на то, что при обработке персональных данных они могут передаваться по незащищенным

(открытым) каналам связи. Я ознакомлен с тем, что передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия, если иное не предусмотрено законодательством РФ. Я уведомлён, что срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет.

Настоящее согласие дано с даты подписания и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления письменного документа, который должен быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под роспись представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан:

1. прекратить обработку по истечению периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи,
2. по истечении срока хранения моих персональных данных, установленного законодательством РФ, уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

---

(Заполняется при отказе от одного или нескольких перечисленных в согласии действий путем указания "Я отказываюсь от...")

---

---

---

(ФИО заявителя)

---

(подпись заявителя)

\* Поле заполняется при обслуживании пациент в рамках договоров, заключенных с юридическими или физическими лицами в пользу пациента. Если заключается договор на оказание медицинских услуг физическим лицам непосредственно с подписывающим согласие лицом, то ставится прочерк.