

## УВЕДОМЛЕНИЕ

Я, подтверждаю, что до заключения договора уведомлен (-а) в доступной форме о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), 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, а также о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

\_\_\_\_\_  
Подпись (\_\_\_\_\_)  
Фамилия, И.О. пациента

### Договор на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_

г. Москва

« » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(ф.и.о. физического лица)

именуемый в дальнейшем Пациент, и ООО «Вимстом», свидетельство о присвоении ОГРН 1137746755960 серия 77 №015483139 выдано ИФНС №46 по гор. Москве в лице Генерального директора Хохловой Майи Викторовны, действующего на основании Устава, имеющее лицензию № ЛО-77-01-009800 от 20.02.2015 г., выданной Департаментом здравоохранения города Москвы (г. Москва, Оружейный переулок, д.43, +7(495)777-77-77) на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие виды работ (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии профилактической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, именуемое «Исполнитель» (далее по тексту Исполнитель), совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

#### **1. Предмет договора**

- 1.1. Настоящий договор определяет порядок и условия оказания платных медицинских услуг Исполнителем.
- 1.2. Исполнитель обязуется, при наличии медицинских показаний и организационно-технических возможностей, оказать платные медицинские услуги Пациенту в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией, а Пациент обязуется оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги в сроки и в порядке, которые определены Договором.
- 1.3. Стоимость и перечень медицинских услуг, оказываемых Пациенту в рамках настоящего договора, определены в Плане лечения либо в Спецификации, являющимися приложениями к договору.
- 1.4. Исполнитель не участвует в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы города Москвы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и не осуществляет оказание медицинских услуг без взимания платы в рамках указанных программ.

#### **2. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг**

- 2.1. Объем и стоимость предоставляемых медицинских услуг указываются в согласованных Исполнителем и Пациентом Плане лечения или в Спецификации, являющимися приложениями к настоящему Договору, и которые могут изменяться по медицинским показаниям по соглашению Сторон.
  - 2.1.1 В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом потребителя и (или) заказчика. Объем и стоимость таких услуг определяется дополнительной Спецификацией или Планом лечения, согласованной(ым) Сторонами.
  - 2.1.2. Ориентировочный срок ожидания услуг составляет: 14 дней для услуг по детской стоматологии, стоматологии терапевтической, стоматологии профилактической, 17 дней для услуг по рентгенологии, 17 дней по стоматологии хирургической (удаления, пародонтология), 21 день для операций по имплантации, синус-лифтингу, операций по регенерации костных тканей, 21 день для услуг по стоматологии ортопедической, 21 день для услуг по анестезиологии-реанимации. Срок начала ожидания услуг по ортодонтии 21 день, максимальный срок лечения 3 года.
- 2.2. Прием Пациента медицинским работником Исполнителя осуществляется после оформления медицинской (амбулаторной) карты (в том числе электронной медицинской карты) в момент первичного обращения Пациента в Клинику;
- 2.3. Платные медицинские услуги оказываются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном ФЗ № 323"Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
- 2.4. Клиника оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Клиники, путем размещения информации в помещениях Клиники и официальном сайте Исполнителя.
- 2.5. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием (определение времени получения услуги).

- 2.6. В случае опоздания Пациента более чем на 15 (пятнадцать) минут по отношению к назначенному Пациенту времени получения услуги, Исполнитель оставляет за собой право на перенос или отмену записи Пациента на прием.
- 2.7. Исполнитель оставляет за собой право изменять время оказания услуг по предварительному согласованию с Пациентом, а также право внеочередного приема Пациента с острой болью.
- 2.8. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и правилами (положениями), устанавливающими условия и порядок оказания медицинских услуг в Клинике.
- 2.9. Факт оказания медицинской услуги Пациенту, подтверждается первичной медицинской документацией и/или Спецификацией, и/или Актом выполненных услуг. В случае неподписания Спецификации или Акта выполненных услуг и отсутствия претензий со стороны Пациента, по качеству и объему оказанных услуг в течение 10 календарных дней с момента оказания услуги Пациенту, услуги считаются оказанными надлежащим образом.
- 2.10. Срок ожидания медицинских услуг начинается с даты обращения Пациента к Исполнителю при отсутствии противопоказаний и наличии результатов необходимых диагностических исследований, либо с даты устранения таких противопоказаний, либо с даты окончания предыдущего этапа лечения (при комплексном и(или) многоэтапном лечении) и определяет дату начала оказания услуг.

### **3. Права и обязанности сторон**

#### **3.1. Исполнитель обязан:**

- 3.1.1. Оказывать Пациенту медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором, установленными порядками и стандартами оказания медицинской помощи, правилами оказания платных медицинских услуг, клиническими рекомендациями, действующими на территории Российской Федерации, либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе, в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
- 3.1.2. Оказывать услуги Пациенту лично, либо с привлечением третьих лиц.
- 3.1.3. При изменении Сметы и/или стоимости лечения проинформировать Пациента и предоставить дополнительные услуги с его письменного согласия.
- 3.1.4. Оформить необходимую для обслуживания пациента медицинскую документацию.
- 3.1.5. Информировать Пациента об обстоятельствах, затрудняющих выполнение медицинских услуг в рамках настоящего Договора по объективным причинам (болезнь специалиста, поломка аппаратуры) и о дате возможного возобновления оказания медицинских услуг.
- 3.1.6. Предоставить по требованию пациента (законного представителя пациента) в доступной форме информацию: сведения о состоянии его здоровья, включая результаты обследования, диагноз, методы лечения, связанный с ними риск, возможные варианты и последствия медицинского вмешательства, ожидаемые результаты лечения; сведения об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.
- 3.1.7. Отразить результаты обследования (предварительный диагноз) в амбулаторной истории болезни стоматологического больного (далее по тексту «медицинская карта»).
- 3.1.8. Использовать методы диагностики, профилактики и лечения с соблюдением предъявляемых к ним требований.
- 3.1.9. Обеспечить соблюдение действующих санитарных норм при подготовке к приему и во время лечения.
- 3.1.10. Обеспечить наиболее безболезненные и рациональные методы лечения в соответствии с медицинскими показаниями.
- 3.1.11. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача обеспечить лечение другим специалистом.
- 3.1.12. Определить и сообщить Пациенту примерные сроки ожидания начала оказания согласованных услуг, при этом любое изменение лечения (согласно записям в медицинской карте Пациента), влечет за собой изменение сроков и стоимости лечения.

#### **3.2. Пациент обязан:**

- 3.2.1. До оказания медицинской услуги предоставить Исполнителю максимально подробную информацию о состоянии своего здоровья путем заполнения анкеты состояния здоровья, отягощенной наследственности, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.
- 3.2.2. Выполнять все требования и рекомендации по лечению и диагностике, в том числе соблюдать указания Исполнителя, предписанные на период после оказания медицинской услуги.
- 3.2.3. Заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменения назначенного времени получения (оказания) медицинской услуги.
- 3.2.4. Сообщать Исполнителю сведения о наличии у Пациента заболевания, представляющего опасность для окружающих, при использовании крови, биологических жидкостей Пациента.
- 3.2.5. Пациент обязуется производить оплату медицинских услуг по расценкам прейскуранта, с которыми Пациент ознакомился перед заключением настоящего Договора, а равно оплачивать дополнительные (специализированные) методы обследования, путем осуществления рентгенографических и других необходимых диагностических мероприятий, которые осуществляются Исполнителем за отдельную плату.
- 3.2.6. При появлении боли, дискомфорта и других жалоб в периоды между сеансами лечения немедленно извещать лечащего врача или дежурного администратора с обязательным внесением записей в медицинскую карту, либо посетить клинику для оказания помощи. В противном случае оказанные услуги считаются надлежаще выполненными Исполнителем.
- 3.2.7. Заявлять об обнаружении недостатков (жалобах) при принятии выполненной услуги, ее отдельного этапа или в ходе ее исполнения, сообщать о них лечащему врачу для обязательного внесения соответствующей записи в медицинскую карту, в противном случае услуга считается выполненной надлежащим образом. При невозможности обнаружить недостаток при

принятии выполненной услуги, в течение гарантийного срока Пациент вправе предъявлять требования, связанные с ее недостатками.

3.2.8. При невозможности выполнения Исполнителем своих обязательств по Договору, возникших по вине Пациента или расторжения настоящего Договора по инициативе Пациента, оплатить фактически оказанные услуги, в т. ч. стоимость израсходованных материалов и прочие понесенные расходы Исполнителя в полном объеме.

3.2.9. Соблюдать гигиену полости рта и являться на назначенные медицинские проверки.

3.2.10. Являться на профилактические осмотры не реже чем 1 раз в 6 (шесть) месяцев.

### 3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Отказать в оказании медицинских услуг вследствие отсутствия у Исполнителя организационно-технических возможностей, а также, при выявлении у Пациента противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий, при невыполнении Пациентом рекомендаций специалистов Исполнителя, а также при отказе пациента пройти полный объем исследований, назначенных Исполнителем.

3.3.2. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для лечения, Исполнитель вправе назначить другого врача для проведения лечения.

3.3.3. Вносить изменения в Прейскурант медицинских услуг.

3.3.4. Установить гарантийные обязательства на оказанные услуги в соответствии с «Положением о гарантиях».

3.3.5. Исполнитель вправе отказать Пациенту в оказании услуг (в одностороннем порядке расторгнуть настоящий договор) в случае грубых нарушений Пациентом выполнения врачебных назначений, некорректного поведения по отношению к персоналу Исполнителя, неоднократных опозданий (без предупреждения) на прием и/или не явки на прием.

### 3.4 Пациент имеет право:

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

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

3.4.3. Отказаться от исполнения настоящего договора в порядке, установленном действующим законодательством.

3.4.4. Проведение по просьбе Пациента врачебной комиссии и консультаций других специалистов Исполнителя по вопросам, связанным с качеством предоставления услуги.

3.4.5. На получение в доступной форме информации о состоянии своего здоровья, на отказ от медицинского вмешательства.

3.4.6. Сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении. Пациент проинформирован о проведении видеонаблюдения в помещении Исполнителя (за исключением туалетных комнат), которое может проводиться Исполнителям в целях обеспечения безопасности посетителей (пациентов) и сотрудников, а также в целях улучшения качества обслуживания.

## 4. Стоимость услуг и порядок оплаты

4.1. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Пациенту по настоящему Договору, определяется в соответствии с Прейскурантом на оказание медицинских услуг, действующим на дату оказания медицинской услуги Пациенту (если иное не согласовано Сторонами в дополнениях/приложениях к Договору). Прейскурант размещён на информационном стенде в помещении Клиники (г. Москва, ул. Петрозаводская, д.15 к.5, пом.7), а также на интернет-сайте Исполнителя, по адресу «[www.vilmadent.ru](http://www.vilmadent.ru)»

4.2. Медицинские услуги, предоставляемые Исполнителем по настоящему Договору, оплачиваются Пациентом по действующему прейскуранту на момент оказания услуги и могут оказываться как в разовом (ситуативном) порядке, так и в рамках плана лечения. Оплата оказанных услуг производится как наличными денежными средствами в кассу Исполнителя, так и безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

4.3. Стороны пришли к соглашению об авансовом порядке оплаты оказываемых услуг.

4.4. При досрочном расторжении Договора аванс возвращается Пациенту в течение 10 банковских дней с момента получения Исполнителем письменного уведомления с учетом оплаты фактически понесенных Исполнителем расходов.

4.5. Порядок оплаты может быть изменён по соглашению сторон.

## 5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по вопросу качества оказанных услуг, медицинские жалобы Пациента рассматривается Врачебной Комиссией Исполнителя. При подписании договора пациент разрешает предоставлять медицинскую информацию всем работникам Исполнителя и сторонним медицинским специалистам для контроля качества оказания медицинских услуг.

5.3. Понимая субъективность оценки результатов медицинских услуг, стороны договорились проводить оценку результатов не ранее сроков, указанных в Информированном согласии на оказание платных медицинских услуг, путем оценки результатов на совместном заседании Пациента и Врачебной Комиссии Исполнителя.

5.4. Пациент вправе явиться в назначенное Исполнителем время, для рассмотрения Врачебной комиссией претензии Пациента.

5.5. Исполнитель несет ответственность в случае непредоставления услуг по настоящему Договору в соответствии с действующим законодательством РФ.

## 6. Порядок разрешения споров

6.1. Все спорные вопросы, в обязательном порядке, решаются Сторонами путем переговоров, основанием для их инициации является письменное обращение Стороны.

6.2. Пациент, считающий, что его права по настоящему Договору нарушены, вправе изложить свои претензии в письменном обращении, которое рассматривается Исполнителем в течение 10 дней. В случае, если Стороны не пришли к соглашению, или в случае, если ведение переговоров Пациент считает нецелесообразным, обязательным является оформление претензии. В соответствии с требованиями законодательства положительное решение по требованиям, изложенным в претензии, принимается в течение 10 дней, в случае отказа в удовлетворении требований, изложенных в претензии мотивированный ответ, отправляется пациенту в течение 10 дней.

6.3. В случае невозможности урегулирования спора в досудебном порядке все неурегулированные вопросы подлежат разрешению в суде в соответствии с законодательством Российской Федерации.

## **7. Порядок внесения изменений и расторжения Договора**

7.1. Настоящий Договор может быть изменен и/или дополнен Сторонами путем подписания дополнительных соглашений и приложений к нему, а также иными способами в соответствии с условиями настоящего Договора.

7.2. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.

7.3. Договор может быть досрочно расторгнут в одностороннем порядке по инициативе Исполнителя в случаях: неисполнения Пациентом своих обязательств по настоящему Договору;

обнаружения у Пациента заболевания несовместимого с выбранной методикой оказания медицинских услуг. При этом Исполнитель обязуется возратить Пациенту предварительно оплаченную им в рамках настоящего Договора сумму, за вычетом стоимости оказанных услуг.

7.4. Договор может быть в любое время расторгнут в одностороннем порядке по инициативе Пациента. В этом случае Пациент обязуется уплатить Исполнителю часть цены, пропорционально части оказанных медицинских услуг.

## **8. Прочие условия**

8.1. Медицинские услуги не оказываются, если у Пациента имеются противопоказания, препятствующие оказанию услуг по настоящему Договору.

8.2. Пациент настоящим подтверждает, что он ознакомился с Правилами поведения, Положением о порядке и условиях оказания медицинских услуг в Клинике, Положением о гарантиях, утвержденными Исполнителем, и обязуется соблюдать их.

8.3. 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.

8.4. Оригиналы всех медицинских исследований, проведенных в клинике Исполнителя, являются собственностью Исполнителя и Пациенту не выдаются. По письменному требованию Пациента ему может предоставляться их копия или выписка.

8.4.1. Порядок и условия выдачи медицинской документации, выписок и копий.

Пациент, либо его законный представитель имеет право по запросу, оформленному в письменной форме в клинике, получать отражающие состояние здоровья медицинский документы (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов.

Копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе предоставляются в 1 экземпляре. Соответствующая запись вносится в медицинские документы пациента.

При подаче запроса лично, а также при личном получении медицинских документов (их копий) и выписок из них пациент либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель пациента дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.

8.4.2. Сроки выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них.

С момента регистрации в медицинской организации запроса, срок выдачи медицинской документации не должен превышать сроков, установленных требованиями законодательства о порядке рассмотрения обращений граждан РФ (30 дней), а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях или условиях дневного стационара, выписка из медицинских документов, копии медицинских документов предоставляются пациенту либо его законному представителю *в суточный срок* с момента обращения.

8.5. В случае необходимости проведения врачебной комиссии, консилиума врачей и контроля качества оказанной медицинской помощи Исполнитель имеет право на привлечение внештатных врачей-специалистов соответствующей специальности. Подписанием настоящего договора Пациент дает свое согласие на передачу персональных данных и сведений составляющих врачебную тайну третьим лицам, в рамках проведения врачебной комиссии, консилиума врачей и контроля качества оказанной медицинской помощи.

8.6. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем договоре и(или) созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами, как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

8.7. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

8.8. Пациент соглашается получать информацию о предполагаемых скидках, проводимых акциях, прочей информации о работе Исполнителя по представленным Пациентом телефонам или адресу электронной почты.

8.9. Стороны вправе по обоюдному согласию изменить набор и количество медицинских услуг в соответствии с индивидуальными рекомендациями, данными Пациенту специалистами Исполнителя, и пожеланиями Пациента. Соответствующие изменения и дополнения письменно оформляются путем составления нового Плана лечения или новой Спецификации, которые вступают в силу с момента его(её) подписания Сторонами.

8.10. Правила оказания платных медицинских услуг размещены на информационном стенде в помещении Клиники и на официальном сайте в сети Интернет.

8.11. До подписания нижеследующего Договора Пациенту в доступной форме предоставлена информация (путем устного сообщения, размещения на доске информации) о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

#### **9. Гарантийные сроки и сроки службы, установленные Исполнителем**

9.1. Исполнитель предоставляет гарантию на выполненные работы (услуги) в соответствии с Положением о гарантиях, с которым пациент ознакомился перед подписанием настоящего договора. Необходимым условием соблюдения гарантийных обязательств Исполнителем является проведение профессиональной гигиены полости рта, контрольных и профилактических осмотров, рекомендованных врачом.

#### **10. Срок действия договора**

10.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и заканчивается после выполнения Сторонами обязательств по Договору.

#### **11. Дополнительные условия**

12.1. Неотъемлемой частью настоящего Договора является Спецификация, План лечения, Информированное добровольное согласие Пациента, Акт об оказании медицинских услуг.

12.2. При заключении настоящего Договора, Приложений и Дополнительных соглашений к нему, Стороны допускают факсимильное воспроизведение подписи Исполнителя с помощью средств механического копирования (факсимиле).

#### **12. Реквизиты сторон:**

«ИСПОЛНИТЕЛЬ»

**ООО «Вимстом»**

Зарегистрировано ИФНС №46 по г. Москве  
21.08.2013 г.

Юридический адрес: РФ, 125502, г. Москва, ул.  
Петрозаводская д.9 к.2 кв.180.

Фактический адрес: РФ, 125502, г. Москва, ул.  
Петрозаводская д.15, к.5.

[www.vilmadent.ru](http://www.vilmadent.ru)

[info@vilmadent.ru](mailto:info@vilmadent.ru)

ОГРН1137746755960,

ИНН/КПП 7743898027/774301001,

БИК 044525225

Р/с 40702810738040033607

в ОАО "Сбербанк России" г. Москва.

К/с 30101810400000000225

Генеральный директор \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Хохлова М.В.

**Потребитель(Пациент):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

Паспорт (серия, номер):

Дата выдачи:

Кем выдан, код подразделения:  
(данные паспорта)

Адрес:

тел. (дом, моб)

подпись \_\_\_\_\_

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

г. Москва

\_\_\_. \_\_. 20\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_,

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Выдан \_\_\_\_\_ года, зарегистрирован \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», ст. 13 Федерального закона РФ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323 -ФЗ, даю свое согласие на обработку моих персональных данных **ООО «Вимстом»** (далее «Оператор») в порядке, указанном ниже и в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, при условии, что обработка данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью, обязанным сохранять врачебную тайну:

Персональные данные, не являющиеся специальными или биометрическими:

- фамилия, имя, отчество; дата рождения; пол, место рождения; реквизиты документа, удостоверяющего личность; адрес; номера контактных телефонов; адреса электронной почты; место работы и занимаемая должность, семейное положение, наличие детей, родственные связи, и иная информация, полученная при моём обследовании и лечении (далее «персональные данные»).

Специальные персональные данные: состояние здоровья, физиологические особенности человека, имеющиеся заболевания, привычки и увлечения, в том числе вредные (алкоголь, наркотики и др.), поставленные диагнозы, факты обращения в медицинские организации;

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я, в интересах обследования и лечения, предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои персональные данные, должностным лицам Оператора, осуществляющим обработку персональных данных в силу своих должностных обязанностей, медицинским работникам медицинских организаций, с которыми Оператором заключен договор на оказание платных медицинских услуг, в рамках которого мне оказывается медицинская помощь.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинских документов (в т.ч. медицинской карты) и составляет не менее 25 (двадцать пять) лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации. Настоящее согласие дано мной с момента подписания и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте, 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 по истечению периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных мне до этого медицинских услуг;
- по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные, в том числе из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Оператором моего контактного телефона, адреса электронной почты и почтового адреса, с целью информирования меня о предстоящем посещении врача, сроках оказания услуг, предоставления иных, связанных с исполнением договора на оказание медицинских услуг, сведений, в том числе результатов медицинского исследования, анализом, иную медицинскую документацию, путем предоставления соответствующей информации с помощью электронной почты, смс-информирования, почтовой рассылки (я уведомлен, что информация будет направлена по незащищенным каналам связи, в связи с чем, Оператор не может нести ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам. Сведения о лицах, которым в соответствии с ч. 3 ст. 13 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

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_

(ФИО, кому передавать данные)

(ФИО пациента полностью)

(подпись)

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, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения,  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо  
законного представителя)

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 \_\_\_\_\_  
ООО «Вимстом»  
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 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. 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 (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

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

"\_\_" \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)