

ПОТРЕБИТЕЛЬ в доступной форме уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

ИСПОЛНИТЕЛЬ уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение рекомендаций исполнителя (мед.работника, предоставляющую платную мед.помощь) могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

_____/_____
подпись Ф.И.О.

ДОГОВОР № _____ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Челябинск
ООО «МЕДИАГОРА», в лице директора, Крапивина Сергея Валерьевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем **ИСПОЛНИТЕЛЬ**, с одной стороны, и гражданин _____, именуемый в дальнейшем **ПОТРЕБИТЕЛЬ** с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** оказывает платные медицинские услуги в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией _____, выданной Министерством здравоохранения Челябинской области.

1.2. **ПОТРЕБИТЕЛЬ** 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. **ИСПОЛНИТЕЛЬ**, оказывает медицинские услуги по месту своего нахождения (адрес), указанному в реквизитах. При желании **ПОТРЕБИТЕЛЯ** медицинские работники **ИСПОЛНИТЕЛЯ** выезжают по другому адресу (на дом), в целях оказания медицинской услуги, если согласованное Сторонами медицинское вмешательство, возможно провести на дому в соответствии с установленными правилами.

1.4. Результат оказания медицинских услуг оформляется медицинской справкой, результатом лабораторных исследований и/или медицинским заключением, выдаваемым Исполнителем Пациенту/Потребителю.

2. Права и обязанности сторон

2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан:

2.1.1. Ознакомить **ПОТРЕБИТЕЛЯ** с условиями предоставления платных медицинских услуг, планом, методами исследования, сроками оказания услуг, стоимостью, возможными осложнениями и методами устранения последних до начала их оказания.

2.1.2. Информировать **ПОТРЕБИТЕЛЯ** о гарантии на оказываемые услуги, объяснив обстоятельству, позволяющие их установить и назначениях/рекомендациях, соблюдение которых необходимо для сохранения достигнутого результата, на различных этапах исследования биологического материала в соответствии с установленными профессиональными стандартами, нормативами и правилами медицинской деятельности.

2.1.3. Уведомить **ПОТРЕБИТЕЛЯ** о возможности возникновения необходимости оказания дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.

2.1.4. Хранить врачебную тайну **ПОТРЕБИТЕЛЯ** и не разглашать без согласия **ПОТРЕБИТЕЛЯ** сведения о факте обращения **ПОТРЕБИТЕЛЯ** за медицинской помощью, состоянии здоровья **ПОТРЕБИТЕЛЯ**, 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

2.2. ПОТРЕБИТЕЛЬ обязан:

2.2.1. Предоставить необходимую для **ИСПОЛНИТЕЛЯ** достоверную информацию о состоянии своего здоровья, принимаемых препаратах и непереносимости лекарственных средств, 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

2.2.2. Выполнять (обеспечить выполнение) требования, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг,

2.2.3. Подписать информированное согласие на каждый вид предстоящего медицинского вмешательства.

2.2.4. Оплатить оказанные **ИСПОЛНИТЕЛЕМ** услуги в соответствии с пунктом 3 настоящего договора.

2.2.5. Соблюдать рекомендации лечащего врача по подготовке к исследованиям, обеспечивающие качественное предоставление медицинской помощи, включая, соблюдение режима гигиены, питания (натошак) и уход за ротовой/носовой полостью перед проведением исследований.

2.2.5. При ухудшении состояния здоровья, связанного с проведением медицинских манипуляций, немедленно сообщить об этом медицинскому работнику.

2.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:

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

2.3.3. При необходимости направлять **ПОТРЕБИТЕЛЯ** в другие медицинские учреждения для консультаций специалистов и проведения дополнительных методов исследования, оплачиваемых **ПОТРЕБИТЕЛЕМ**.

2.3.4. При отсутствии лечащего врача оказать услугу другим специалистом соответствующей квалификации с согласия **ПОТРЕБИТЕЛЯ**. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** вправе отсрочить выполнение услуг на более поздний срок и уведомить об этом Пациента/Заказчика.

2.3.5. 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.

2.3.6. 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 **ИСПОЛНИТЕЛЕМ**.

2.3.7. При невозможности выполнения своих обязательств по срокам предоставления результата исследований в случае наличия технической возможности уведомить **ПОТРЕБИТЕЛЯ** по контактными данным (телефон, электронный адрес) за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством, когда предоставление результатов исследований возможно только при предоставлении документа, удостоверяющего личность самого **ПОТРЕБИТЕЛЯ**, и по выбору **ПОТРЕБИТЕЛЯ** перенести выполнение исследований на более поздний срок либо возратить **ПОТРЕБИТЕЛЮ** сумму, уплаченную за услуги, оказание которых в срок не представилось возможным, без каких-либо штрафных санкций.

2.3.8. В случае выявления обстоятельств, не позволяющих провести исследования, в том числе связанных с возможным нарушением **ПОТРЕБИТЕЛЕМ** правил подготовки к сдаче анализов, уведомить **ПОТРЕБИТЕЛЯ** о необходимости проведения их повторного взятия. В случае отказа **ПОТРЕБИТЕЛЯ** от повторного взятия биоматериала, уплаченные за такое исследование денежные средства подлежат возврату **ПОТРЕБИТЕЛЮ** не подлежат.

2.3.9. Изменять по медицинским показаниям объем оказываемых медицинских услуг по исследованиям. При возникновении неотложных состояний самостоятельно принимать решения.

2.4. ПОТРЕБИТЕЛЬ имеет право:

2.4.1. 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**.

ПОТРЕБИТЕЛЬ 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 **ПОТРЕБИТЕЛЯ**.

2.4.2. Получить информацию о результатах проводимого исследования. По письменному заявлению получить копию лабораторных исследований.

2.4.3. Отказаться от услуг **ИСПОЛНИТЕЛЯ**, расторгнуть договор при условии полной оплаты фактически понесенных **ИСПОЛНИТЕЛЕМ** расходов по настоящему договору.

2.4.3. При обнаружении недостатков оказанной услуги **ПОТРЕБИТЕЛЬ** имеет право требовать их устранения в соответствии со статьей 29 Закона о защите прав потребителей.

2.4.4. Принимать участие в проводимых **ИСПОЛНИТЕЛЕМ** рекламных акциях и дисконтных программах.

2.4.5. **ПОТРЕБИТЕЛЬ** уведомлен и согласен, что в случае, если в процессе исследования будет выявлено, что биологический материал, предоставленный **ПОТРЕБИТЕЛЕМ**, 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 **ПОТРЕБИТЕЛЯ**

2.4.6. **ПОТРЕБИТЕЛЬ** уведомлен и 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

гемамом и т.п. В случае невозможности взятия крови ИСПОЛНИТЕЛЬ возвращает ПОТРЕБИТЕЛЮ деньги, уплаченные за исследования, без каких-либо штрафных санкций.

2.4.7.. ПОТРЕБИТЕЛЬ осведомлен о том, что в ряде случаев для выполнения всех или части заказных исследований может возникнуть необходимость повторно (иногда неоднократно) взятия биологического материала. Решение о необходимости повторного взятия биологического материала принимается ИСПОЛНИТЕЛЕМ. ПОТРЕБИТЕЛЬ может отказаться от повторного взятия биологического материала, в этом случае возвращает ИСПОЛНИТЕЛЬ возвращает ПОТРЕБИТЕЛЮ деньги, уплаченные за исследования, проведения которых стало невозможным, без каких-либо штрафных санкций.

3. Стоимость работ и порядок расчётов.

3.1. Стоимость платных услуг определяется по прейскуранту, действующему на момент их оказания.

3.2. . Оплата услуг осуществляется в порядке 100 % предоплаты кассу медицинской организации, в том числе с использованием банковских карт или путем перечисления денежных средств на счет .

3.4. Оплата в кассу медицинской организации, в том числе с использованием банковских карт производится ПОТРЕБИТЕЛЕМ в день оказания услуги.

3.5. При перечислении денежных средств на лицевой счет ИСПОЛНИТЕЛЯ.

3.6. После оплаты ПОТРЕБИТЕЛЮ выдается контрольно-кассовый чек и акт выполненных работ, содержащий перечень, объем и стоимость оказанных услуг или иной бланк строгой отчетности.

4. Ответственность сторон. Порядок разрешения споров.

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

4.2. Возникающие спорные вопросы, разногласия разрешаются в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии- 10 рабочих дней. При не достижении соглашения сторон - рассматриваются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности за результаты оказания медицинских услуг в случаях несоблюдения ПОТРЕБИТЕЛЕМ 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.

4.4. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности, если до оказания медицинской услуги ПОТРЕБИТЕЛЬ не исполнил обязанность по информированию медицинского персонала ИСПОЛНИТЕЛЯ об аллергических реакциях ПОТРЕБИТЕЛЯ, противопоказаниях, перенесенных им заболеваниях, если неэффективность оказанной медицинской услуги ПОТРЕБИТЕЛЮ или причиненный ему вред явились следствием отсутствия у медицинского персонала ИСПОЛНИТЕЛЯ такой информации.

4.5. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности при возникновении осложнений у ПОТРЕБИТЕЛЯ, о возможности которых ПОТРЕБИТЕЛЬ был предупрежден до оказания медицинской услуги

4.6. 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. Срок действия договора

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует до полного исполнения ими взятых на себя обязательств.

5.2. Настоящий договор может быть расторгнут досрочно по соглашению сторон в письменном виде и другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

6. Дополнительные условия

6.1. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное решение ПОТРЕБИТЕЛЯ при условии заключения настоящего договора.

6.2. Информация о готовности результатов исследования может быть направлена ПОТРЕБИТЕЛЮ в виде смс сообщения на указанный им номер телефона. Результаты исследований предоставляются в распечатанном виде в любом лабораторном отделении ИСПОЛНИТЕЛЯ при предъявлении Договора и/или сметы, и/или кассового чека, или документа, удостоверяющего личность самого ПОТРЕБИТЕЛЯ, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством, когда предоставление результатов исследований возможно только при предоставлении документа, удостоверяющего личность самого ПОТРЕБИТЕЛЯ.

6.3. Результаты исследований могут быть направлены на указанную ПОТРЕБИТЕЛЕМ 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 ПОТРЕБИТЕЛЬ.

6.4. ПОТРЕБИТЕЛЬ добровольно и информировано передает ИСПОЛНИТЕЛЮ свои персональные данные. 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.

6.5. ПОТРЕБИТЕЛЬ 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.

6.6. ПОТРЕБИТЕЛЬ предоставляет ИСПОЛНИТЕЛЮ право обработки персональных данных в целях в том числе: оказания медицинских услуг, предоставления результатов исследования (в том числе при помощи онлайн-сервиса), предоставления ПОТРЕБИТЕЛЮ ретроспективных данных по оказанным ПОТРЕБИТЕЛЮ медицинским услугам и результатам исследований, контроля качества медицинских услуг, реализации дисконтной программы, продвижения услуг путем осуществления прямых контактов с ПОТРЕБИТЕЛЕМ с помощью средств связи, проведения рекламных и иных акций, маркетинговых исследований, в целях информирования ПОТРЕБИТЕЛЯ об услугах и акциях ИСПОЛНИТЕЛЯ. ПОТРЕБИТЕЛЬ предоставляет ИСПОЛНИТЕЛЮ право на поручение обработки персональных данных сторонней организации на основании заключенного договора в составе, необходимом для осуществления смс и e-mail рассылки ПОТРЕБИТЕЛЮ.

6.7. 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.

6.8. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов, установленному законодательством Российской Федерации и составляет 25 лет.

6.9. Предоставленное согласие на обработку персональных данных действует бессрочно, при этом ПОТРЕБИТЕЛЬ 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.

6.10. ПОТРЕБИТЕЛЬ дает ИСПОЛНИТЕЛЮ информированное согласие на получение от ИСПОЛНИТЕЛЯ смс и e-mail рассылок рекламного характера, извещений о проводимых акциях, мероприятиях и реализуемых ИСПОЛНИТЕЛЕМ дисконтных программах.

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

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

6.13. ПОТРЕБИТЕЛЬ 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.

6.14. В случае обращения к ИСПОЛНИТЕЛЮ третьего лица с предоставлением смс-уведомления о готовности заказа и/или с оригиналом Договора ПОТРЕБИТЕЛЯ, и/или сметы заказа, и/или кассового чека, для получения какой – либо информации о результатах лабораторных исследований и/или информации о ПОТРЕБИТЕЛЕ, 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 ПОТРЕБИТЕЛЕМ не было сообщено о пропавшей

(отсутствии) указанных документов и/или запрете выдачи результатов третьим лицам при их пропаче (отсутствии) у ПОТРЕБИТЕЛЯ. Настоящий пункт Договора при отсутствии вышеуказанного запрета является письменным согласием ПОТРЕБИТЕЛЯ 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. ПОТРЕБИТЕЛЬ 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.

6.15. ПОТРЕБИТЕЛЬ заверяет и гарантирует, что он должным образом ознакомлен со всеми пунктами Договора и согласен с его условиями.

6.16. Договор заключается в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу.

6.17. Перечень услуг, составляющих медицинскую деятельность ООО «Медиагора», содержится в лицензии, представленной на информационных стендах ООО «Медиагора» и сайте Общества.

7. Сведения о сторонах договора, реквизиты

ИСПОЛНИТЕЛЬ: ООО «Медиагора» Адрес юрид.: 454091, г. Челябинск, ул. Труда, 82«А», нежилое помещение №6 Адрес юрид.: 454021, г. Челябинск, ул. Университетская набережная, 56, нежилое помещение №6; тел. регистратуры: (351) _____; Сайт: www.biotest74.ru Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия _____ от _____ г. (Инспекция Федеральной налоговой службы по _____ району г. Челябинска) ОГРН 1187456053828 ИНН 7453325063 КПП 745301001 ОКПО _____ ОКВЭД 86.90 Директор: _____ / С.В. Крапивин/ МП _____	ПОТРЕБИТЕЛЬ Ф.И.О. _____ Адрес _____ Паспорт _____ тел. _____ «Со всеми пунктами договора ознакомлен и согласен» _____ подпись
---	--

Я, _____ (Ф.И.О. _____ гражданина), _____ «____» _____ г. _____ рождения, _____ зарегистрированный/зарегистрированная _____ 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 Общество с ограниченной ответственностью «МЕДИАГОРА».

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». 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).

_____/ _____ (Ф.И.О. Пациента/Заказчика) _____ / _____ (Ф.И.О. медицинского работника).

ПЕРЕЧЕНЬ И СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

№ п/п	Наименование услуги	Стоимость услуги
	Итого	

Потребитель/Пациента:

_____ / _____ /

(Ф.И.О)

(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

« _____ » _____ года рождения,

Зарегистрирована(ый) 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 года N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года N 24082) для получения доврачебной медицинской помощи, амбулаторно-поликлинической, лицом.

В медицинской организации: Общество с ограниченной ответственностью «МЕДИАГОРА»

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской услуги, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской услуги.

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 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Я информировал (а) медицинского работника обо всех проблемах, связанных со здоровьем, , в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, инфекционных заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах.

В соответствии с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие на обработку персональных данных, в объеме и способами, определенными Федеральным законом Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь

тел. _____

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

Положения настоящего документа мне разъяснены, мною понятны.

Подпись, Ф.И.О. пациента

_____ (_____)

Подпись, Ф.И.О. медицинского работника

_____ (_____)

« _____ » _____ 202__ г.

Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
7. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно. Оказание экстренной медицинской помощи.

С перечнем ознакомлен: _____

(подпись, ФИО пациента)

ПОТРЕБИТЕЛЬ в доступной форме уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

ЗАКАЗЧИК в доступной форме уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

ИСПОЛНИТЕЛЬ уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение рекомендаций исполнителя (мед.работника, предоставляющую платную мед.помощь) могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

_____/	_____/
Подпись потребителя	Ф.И.О.
_____/	_____/
Подпись заказчика	Ф.И.О.

ДОГОВОР № _____ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Челябинск

ООО «МЕДИАГОРА», в лице директора, Крапивина Сергея Валерьевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ, с одной стороны, и гражданин _____,

именуемый в дальнейшем ЗАКАЗЧИК с другой стороны, заключили настоящий договор в пользу третьего лица ПОТРЕБИТЕЛЯ _____

о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ оказывает платные медицинские, включая стоматологические, услуги в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией _____, выданной Министерством здравоохранения Челябинской области.

1.2. ПОТРЕБИТЕЛЬ 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. ИСПОЛНИТЕЛЬ, оказывает медицинские услуги по месту своего нахождения (адрес), указанному в реквизитах. При желании ЗАКАЗЧИКА медицинские работники ИСПОЛНИТЕЛЯ выезжают по другому адресу (на дом), в целях оказания медицинской услуги, если согласованное Сторонами медицинское вмешательство, возможно провести на дому в соответствии с установленными правилами.

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

2. Права и обязанности сторон

2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан:

2.1.1. Ознакомить ПОТРЕБИТЕЛЯ с условиями предоставления платных медицинских услуг, планом, методами исследования, сроками оказания услуг, стоимостью, возможными осложнениями и методами устранения последних до начала их оказания.

2.1.2. Информировать ПОТРЕБИТЕЛЯ о гарантии на оказываемые услуги, объяснив обстоятельства, позволяющие их установить и назначениях/рекомендациях, соблюдение которых необходимо для сохранения достигнутого результата, на различных этапах исследования биологического материала в соответствии с установленными профессиональными стандартами, нормативами и правилами медицинской деятельности.

2.1.3. Уведомить ПОТРЕБИТЕЛЯ о возможности возникновения необходимости оказания дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.

2.1.4. Хранить врачебную тайну ПОТРЕБИТЕЛЯ и не разглашать без согласия ПОТРЕБИТЕЛЯ сведения о факте обращения ПОТРЕБИТЕЛЯ за медицинской помощью, состоянии здоровья ПОТРЕБИТЕЛЯ, 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

2.2. ПОТРЕБИТЕЛЬ обязан:

2.2.1. Предоставить необходимую для ИСПОЛНИТЕЛЯ достоверную информацию о состоянии своего здоровья, принимаемых препаратах и непереносимости лекарственных средств, 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

2.2.2. Выполнять (обеспечить выполнение) требования, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг,

2.2.3. Подписать информированное согласие на каждый вид предстоящего медицинского вмешательства.

2.2.4. Оплатить оказанные ИСПОЛНИТЕЛЕМ услуги в соответствии с пунктом 3 настоящего договора.

2.2.5. Соблюдать рекомендации лечащего врача по подготовке к исследованиям, обеспечивающие качественное предоставление медицинской помощи, включая, соблюдение режима гигиены, питания (натощак) и уход за ротовой/носовой полостью перед проведением исследований.

2.2.5. При ухудшении состояния здоровья, связанном с проведением медицинских манипуляций, немедленно сообщить об этом медицинскому работнику.

2.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:

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

2.3.3. При необходимости направлять ПОТРЕБИТЕЛЯ в другие медицинские учреждения для консультаций специалистов и проведения дополнительных методов исследования, оплачиваемых ПОТРЕБИТЕЛЕМ.

2.3.4. При отсутствии лечащего врача оказать услугу другим специалистом соответствующей квалификации с согласия ПОТРЕБИТЕЛЯ. ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе отсрочить выполнение услуг на более поздний срок и уведомить об этом Пациента/Заказчика.

2.3.5. 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.

2.3.6. 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 ИСПОЛНИТЕЛЕМ.

2.3.7. При невозможности выполнения своих обязательств по срокам предоставления результата исследований в случае наличия технической возможности уведомить ПОТРЕБИТЕЛЯ по контактными данным (телефон, электронный адрес) за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством, когда предоставление результатов исследований возможно только при предоставлении документа, удостоверяющего личность самого ПОТРЕБИТЕЛЯ, и по выбору ПОТРЕБИТЕЛЯ перенести выполнение исследований на более поздний срок либо возратить ПОТРЕБИТЕЛЮ сумму, уплаченную за услуги, оказание которых в срок не представилось возможным, без каких-либо штрафных санкций.

2.3.8. В случае выявления обстоятельств, не позволяющих провести исследования, в том числе связанных с возможным нарушением ПОТРЕБИТЕЛЕМ правил подготовки к сдаче анализов, уведомить ПОТРЕБИТЕЛЯ о необходимости проведения их повторного взятия. В случае отказа ПОТРЕБИТЕЛЯ от повторного взятия биоматериала, уплаченные за такое исследование денежные средства подлежат возврату ПОТРЕБИТЕЛЮ не подлежат.

2.3.9. Изменять по медицинским показаниям объем оказываемых медицинских услуг по исследованиям. При возникновении неотложных состояний самостоятельно принимать решения.

2.4. ПОТРЕБИТЕЛЬ имеет право:

2.4.1. 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.

ПОТРЕБИТЕЛЬ 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 ПОТРЕБИТЕЛЯ.

2.4.2. Получить информацию о результатах проводимого исследования. По письменному заявлению получить копию лабораторных исследований.

2.4.3. Отказаться от услуг ИСПОЛНИТЕЛЯ, расторгнуть договор при условии полной оплаты фактически понесенных ИСПОЛНИТЕЛЕМ расходов по настоящему договору.

2.4.3. При обнаружении недостатков оказанной услуги ПОТРЕБИТЕЛЬ имеет право требовать их устранения в соответствии со статьей 29 Закона о защите прав потребителей.

2.4.4. Принимать участие в проводимых ИСПОЛНИТЕЛЕМ рекламных акциях и дисконтных программах.

2.4.5. ПОТРЕБИТЕЛЬ уведомлен и согласен, что в случае, если в процессе исследования будет выявлено, что биологический материал, предоставленный ПОТРЕБИТЕЛЕМ, 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 ПОТРЕБИТЕЛЯ

2.4.6. ПОТРЕБИТЕЛЬ уведомлен и 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 ПОТРЕБИТЕЛЮ деньги, уплаченные за исследования, без каких-либо штрафных санкций.

2.4.7. ПОТРЕБИТЕЛЬ 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. ПОТРЕБИТЕЛЬ может отказаться от повторного взятия биологического материала, в этом случае возвращает ИСПОЛНИТЕЛЬ возвращает ПОТРЕБИТЕЛЮ деньги, уплаченные за исследования, проведения которых стало невозможным, без каких-либо штрафных санкций.

3. Стоимость работ и порядок расчётов.

3.1. Стоимость платных услуг определяется по прейскуранту, действующему на момент их оказания.

3.2. Оплата услуг осуществляется в порядке 100 % предоплаты кассу медицинской организации, в том числе с использованием банковских карт или путем перечисления денежных средств на счет.

3.4. Оплата в кассу медицинской организации, в том числе с использованием банковских карт производится ЗАКАЗЧИКОМ в день оказания услуги.

3.5. При перечислении денежных средств на лицевой счет ИСПОЛНИТЕЛЯ.

3.6. После оплаты ЗАКАЗЧИКУ выдается контрольно-кассовый чек и акт выполненных работ, содержащий перечень, объем и стоимость оказанных услуг или иной бланк строгой отчетности.

4. Ответственность сторон. Порядок разрешения споров.

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

4.2. Возникающие спорные вопросы, разногласия разрешаются в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии- 10 рабочих дней. При не достижении соглашения сторон - рассматриваются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности за результаты оказания медицинских услуг в случаях несоблюдения ПОТРЕБИТЕЛЕМ 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.

4.4. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности, если до оказания медицинской услуги ПОТРЕБИТЕЛЬ не исполнил обязанность по информированию медицинского персонала ИСПОЛНИТЕЛЯ об аллергических реакциях ПОТРЕБИТЕЛЯ, противопоказаниях, перенесенных им заболеваниях, если неэффективность оказанной медицинской услуги ПОТРЕБИТЕЛЮ или причиненный ему вред явились следствием отсутствия у медицинского персонала ИСПОЛНИТЕЛЯ такой информации.

4.5. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности при возникновении осложнений у ПОТРЕБИТЕЛЯ, о возможности которых ПОТРЕБИТЕЛЬ был предупрежден до оказания медицинской услуги

4.6. 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. Срок действия договора

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует до полного исполнения ими взятых на себя обязательств.

5.2. Настоящий договор может быть расторгнут досрочно по соглашению сторон в письменном виде и другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

6. Дополнительные условия

6.1. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное решение ПОТРЕБИТЕЛЯ и ЗАКАЗЧИКА при условии заключения настоящего договора.

6.2. Информация о готовности результатов исследования может быть направлена ПОТРЕБИТЕЛЮ в виде смс сообщения на указанный им номер телефона. Результаты исследований предоставляются в распечатанном виде в любом лабораторном отделении ИСПОЛНИТЕЛЯ при предъявлении Договора и/или сметы, и/или кассового чека, или документа, удостоверяющего личность самого ПОТРЕБИТЕЛЯ, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством, когда предоставление результатов исследований возможно только при предоставлении документа, удостоверяющего личность самого ПОТРЕБИТЕЛЯ.

6.3. Результаты исследований могут быть направлены на указанную ПОТРЕБИТЕЛЕМ 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 ПОТРЕБИТЕЛЬ.

6.4. ПОТРЕБИТЕЛЬ и ЗАКАЗЧИК добровольно и информировано передает ИСПОЛНИТЕЛЮ свои персональные данные. 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.

6.5. ПОТРЕБИТЕЛЬ и 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.

6.6. ПОТРЕБИТЕЛЬ и ЗАКАЗЧИК предоставляет ИСПОЛНИТЕЛЮ право обработки персональных данных в целях в том числе: оказания медицинских услуг, предоставления результатов исследования (в том числе при помощи онлайн-сервиса), предоставления ПОТРЕБИТЕЛЮ ретроспективных данных по оказанным ПОТРЕБИТЕЛЮ медицинским услугам и результатам исследований, контроля качества медицинских услуг, реализации дисконтной программы, продвижения услуг путем осуществления прямых контактов с ПОТРЕБИТЕЛЕМ с помощью средств связи, проведения рекламных и иных акций, маркетинговых исследований, в целях информирования ПОТРЕБИТЕЛЯ об услугах и акциях ИСПОЛНИТЕЛЯ. ПОТРЕБИТЕЛЬ предоставляет ИСПОЛНИТЕЛЮ право на поручение обработки персональных данных сторонней организации на основании заключенного договора в составе, необходимом для осуществления смс и e-mail рассылки ПОТРЕБИТЕЛЮ.

6.7. 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.

6.8. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов, установленному законодательством Российской Федерации и составляет 25 лет.

6.9. Предоставленное согласие на обработку персональных данных действует бессрочно, при этом ПОТРЕБИТЕЛЬ/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.

6.10. ПОТРЕБИТЕЛЬ дает ИСПОЛНИТЕЛЮ информированное согласие на получение от ИСПОЛНИТЕЛЯ смс и e-mail рассылки рекламного характера, извещений о проводимых акциях, мероприятиях и реализуемых ИСПОЛНИТЕЛЕМ дисконтных программах.

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

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

6.13. ПОТРЕБИТЕЛЬ 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.

6.14. В случае обращения к ИСПОЛНИТЕЛЮ третьего лица с предоставлением смс-уведомления о готовности заказа и/или с оригиналом Договора ПОТРЕБИТЕЛЯ, и/или сметы заказа, и/или кассового чека, для получения какой – либо информации о результатах лабораторных исследований и/или информации о ПОТРЕБИТЕЛЕ, 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 ПОТРЕБИТЕЛЕМ не было сообщено о пропоре (отсутствии) указанных документов и/или запрете выдачи результатов третьим лицам при их пропоре (отсутствии) у ПОТРЕБИТЕЛЯ. Настоящий пункт Договора при отсутствии вышеуказанного запрета является письменным согласием ПОТРЕБИТЕЛЯ 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. ПОТРЕБИТЕЛЬ 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.

6.15. ПОТРЕБИТЕЛЬ заверяет и гарантирует, что он должным образом ознакомлен со всеми пунктами Договора и согласен с его условиями.

6.16. Договор заключается в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу.

6.17. Перечень услуг, составляющих медицинскую деятельность ООО «Медиагора», содержится в лицензии, представленной на информационных стендах ООО «Медиагора» и сайте Общества.

7.Сведения о сторонах договора, реквизиты

<p>ИСПОЛНИТЕЛЬ: ООО «Медиагора» Адрес юрид.: 454091, г. Челябинск, ул. Труда, 82«А», нежилое помещение №6 Адрес юрид.: 454021, г. Челябинск, ул. Университетская набережная, 56, нежилое помещение №6; тел. регистратуры: (351) _____; Сайт: www.biotest74.ru Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия _____ от _____ г. (Инспекция Федеральной налоговой службы по _____ району г. Челябинска) ОГРН 1187456053828 ИНН 7453325063 КПП 745301001 ОКПО _____ ОКВЭД 86.90 Директор: _____ / С.В. Крапивин/ МП</p>	<p>ЗАКАЗЧИК</p> <p>Ф.И.О. _____ Адрес _____ Паспорт _____ тел. _____</p> <p>«Со всеми пунктами договора ознакомлен и согласен» _____ подпись</p>
---	---

Я, _____ (Ф.И.О. _____ гражданина), «____» _____ г. рождения, _____ зарегистрированный/зарегистрированная по _____ адресу: _____ (адреса 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 Общество с ограниченной ответственностью «МЕДИАГОРА».

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». 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):

_____/_____ (Ф.И.О. Пациента потребителя/Заказчика) _____/_____ (Ф.И.О. медицинского работника):

ПЕРЕЧЕНЬ И СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

№ п/п	Наименование услуги	Стоимость услуги
	Итого	

Заказчик

_____ / _____ /
(Ф.И.О) (подпись)

Пациент/Потребитель

_____ / _____ /
(Ф.И.О) (подпись)

Приложение №2
к договору № _____ от _____
Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство

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,
« _____ » _____ года рождения,
Зарегистрирована(ый) 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 года N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года N 24082) для получения доврачебной медицинской помощи, амбулаторно-поликлинической, лицом, законным представителем которого я являюсь:

В медицинской организации: Общество с ограниченной ответственностью «МЕДИАГОРА»
Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской услуги, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской услуги.

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 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Я информировал (а) медицинского работника обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, инфекционных заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах.

В соответствии с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие на обработку персональных данных меня, моего Пациента/Потребителя, в объеме и способами, определенными Федеральным законом Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь

тел. _____

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

Положения настоящего документа мне разъяснены, мною понятны.

Подпись, Ф.И.О. Пациента/Потребителя
_____ (_____)

Подпись, Ф.И.О. Заказчика
_____ (_____)

Подпись, Ф.И.О. медицинского работника
_____ (_____)

« _____ » _____ 202 _____ г.

Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
7. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно. Оказание экстренной медицинской помощи.

С перечнем ознакомлен: _____
(подпись, ФИО пациента)

ПОТРЕБИТЕЛЬ в доступной форме уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

ЗАКАЗЧИК в доступной форме уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

ИСПОЛНИТЕЛЬ уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение рекомендаций исполнителя (мед.работника, предоставляющую платную мед.помощь) могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

_____/_____
Подпись потребителя Ф.И.О.
_____/_____
Подпись заказчика Ф.И.О.

ДОГОВОР № _____ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Челябинск

“ ” _____ 2021 г.

ООО «МЕДИАГОРА», в лице директора, Крапивина Сергея Валерьевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ, с одной стороны, и гражданин _____,

(Ф.И.О., лица получающего платные медицинские услуги)

«__» _____ 20__ года рождения, зарегистрирован по адресу: _____, документ удостоверяющий личность:

_____ именуемый в дальнейшем Пациент или Потребитель, в лице своего законного представителя

(Ф.И.О., степень родства)

именуемый в дальнейшем ЗАКАЗЧИК, действующий с письменного согласия своего законного представителя, заключили настоящий договор в пользу третьего лица ПОТРЕБИТЕЛЯ о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ оказывает платные медицинские услуги в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией _____, выданной Министерством здравоохранения Челябинской области.

1.2. ПОТРЕБИТЕЛЬ 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. ИСПОЛНИТЕЛЬ, оказывает медицинские услуги по месту своего нахождения (адрес), указанному в реквизитах. При желании ЗАКАЗЧИКА медицинские работники ИСПОЛНИТЕЛЯ выезжают по другому адресу (на дом), в целях оказания медицинской услуги, если согласованное Сторонами медицинское вмешательство, возможно провести на дому в соответствии с установленными правилами.

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

2. Права и обязанности сторон

2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан:

2.1.1. Ознакомить ПОТРЕБИТЕЛЯ с условиями предоставления платных медицинских услуг, планом, методами исследования, сроками оказания услуг, стоимостью, возможными осложнениями и методами устранения последних до начала их оказания.

2.1.2. Информировать ПОТРЕБИТЕЛЯ о гарантии на оказываемые услуги, объяснив обстоятельства, позволяющие их установить и назначениях/рекомендациях, соблюдение которых необходимо для сохранения достигнутого результата, на различных этапах исследования биологического материала в соответствии с установленными профессиональными стандартами, нормативами и правилами медицинской деятельности.

2.1.3. Уведомить ПОТРЕБИТЕЛЯ о возможности возникновения необходимости оказания дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.

2.1.4. Хранить врачебную тайну ПОТРЕБИТЕЛЯ и не разглашать без согласия ПОТРЕБИТЕЛЯ сведения о факте обращения ПОТРЕБИТЕЛЯ за медицинской помощью, состоянии здоровья ПОТРЕБИТЕЛЯ, 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

2.2. ПАЦИЕНТ /ПОТРЕБИТЕЛЬ и его Законный представитель /ЗАКАЗЧИК обязуются:

2.2.1. Предоставить необходимую для ИСПОЛНИТЕЛЯ достоверную информацию о состоянии своего здоровья, принимаемых препаратах и непереносимости лекарственных средств, 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.

2.2.2. Выполнять (обеспечить выполнение) требования, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг,

2.2.3. Подписать информированное согласие на каждый вид предстоящего медицинского вмешательства. Согласно ст.20, 54 Федерального закона РФ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» согласие дает один из родителей или иной законный представитель в отношении лица, не достигшего возраста, установленного Федеральным законом, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство. Несовершеннолетние пациенты, в возрасте старше пятнадцати лет имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него в соответствии с Федеральным законом.

2.2.4. Оплатить оказанные ИСПОЛНИТЕЛЕМ услуги в соответствии с пунктом 3 настоящего договора.

2.2.5. При ухудшении состояния здоровья, связанного с проведением медицинских манипуляций, немедленно сообщить об этом медицинскому работнику.

2.2.6. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих Пациенту по договору услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

2.2.7. Соблюдать правила поведения в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения включая: рекомендации медицинского работника, соблюдение правил внутреннего распорядка учреждения, правил санитарно-противоэпидемиологического режима, техники безопасности, противопожарной безопасности.

2.2.8. Предоставить медицинскому работнику, до оказания медицинских услуг, достоверную и полную информацию о состоянии здоровья ПАЦИЕНТА (аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, обо всех перенесенных ранее и имеющихся в настоящее время заболеваниях, противопоказаниях и др.), в том числе сообщить необходимые сведения путем заполнения анкет и иных структурирующих информационные документы.

2.2.9. В случае отказа от получения медицинских услуг после заключения настоящего Договора по основаниям, предусмотренным действующим законодательством, возместить ИСПОЛНИТЕЛЮ затраты за фактически понесенные им расходы, связанные с подготовкой и исполнением обязательств по Договору, если таковы имеются

2.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:

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

2.3.3. При необходимости направлять ПОТРЕБИТЕЛЯ в другие медицинские учреждения для консультаций специалистов и проведения дополнительных методов исследования, оплачиваемых ПОТРЕБИТЕЛЕМ.

2.3.4. При отсутствии лечащего врача оказать услугу другим специалистом соответствующей квалификации с согласия ПОТРЕБИТЕЛЯ. ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе отсрочить выполнение услуг на более поздний срок и уведомить об этом Пациента/Заказчика.

2.3.5. 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.

2.3.6. 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 ИСПОЛНИТЕЛЕМ.

2.3.7. При невозможности выполнения своих обязательств по срокам предоставления результата исследования в случае наличия технической возможности уведомить ПОТРЕБИТЕЛЯ по контактными данным (телефон, электронный адрес) за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством, когда предоставление результатов исследований возможно только при предоставлении документа, удостоверяющего личность самого ПОТРЕБИТЕЛЯ, и по выбору ПОТРЕБИТЕЛЯ перенести выполнение исследований на более поздний срок либо возратить ПОТРЕБИТЕЛЮ сумму, уплаченную за услуги, оказание которых в срок не представилось возможным, без каких-либо штрафных санкций.

2.3.8. В случае выявления обстоятельств, не позволяющих провести исследования, в том числе связанных с возможным нарушением ПОТРЕБИТЕЛЕМ правил подготовки к сдаче анализов, уведомить ПОТРЕБИТЕЛЯ о необходимости проведения их повторного взятия. В случае отказа ПОТРЕБИТЕЛЯ от повторного взятия биоматериала, уплаченные за такое исследование денежные средства подлежат возврату ПОТРЕБИТЕЛЮ не подлежат.

2.3.9. Изменять по медицинским показаниям объем оказываемых медицинских услуг по исследованиям. При возникновении неотложных состояний самостоятельно принимать решения.

2.4. ПАЦИЕНТ /ПОТРЕБИТЕЛЬ и его Законный представитель /ЗАКАЗЧИК имеет право:

2.4.1. 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.

ПОТРЕБИТЕЛЬ 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 ПОТРЕБИТЕЛЯ.

2.4.2. Получить информацию о результатах проводимого исследования. По письменному заявлению получить копию лабораторных исследований.

2.4.3. Отказаться от услуг ИСПОЛНИТЕЛЯ, расторгнуть договор при условии полной оплаты фактически понесенных ИСПОЛНИТЕЛЕМ расходов по настоящему договору.

2.4.3. При обнаружении недостатков оказанной услуги ЗАКАЗЧИК имеет право требовать их устранения в соответствии со статьей 29 Закона о защите прав потребителей.

2.4.4. Принимать участие в проводимых ИСПОЛНИТЕЛЕМ рекламных акциях и дисконтных программах.

2.4.5. ПОТРЕБИТЕЛЬ и ЗАКАЗЧИК уведомлены и согласны, что в случае, если в процессе исследования будет выявлено, что биологический материал, предоставленный ПОТРЕБИТЕЛЕМ, 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 ЗАКАЗЧИКА.

2.4.6. ПОТРЕБИТЕЛЬ уведомлен и 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 ЗАКАЗЧИКУ деньги, уплаченные за исследования, без каких-либо штрафных санкций.

2.4.7. ПОТРЕБИТЕЛЬ и ЗАКАЗЧИК осведомлены 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. ЗАКАЗЧИК может отказаться от повторного взятия биологического материала, в этом случае возвращает ИСПОЛНИТЕЛЬ возвращает

ЗАКАЗЧИКУ деньги, уплаченные за исследования, проведения которых стало невозможным, без каких-либо штрафных санкций.

3. Стоимость работ и порядок расчётов.

3.1. Стоимость платных услуг определяется по прейскуранту, действующему на момент их оказания.

3.2. Оплата услуг осуществляется в порядке 100 % предоплаты кассу медицинской организации, в том числе с использованием банковских карт или путем перечисления денежных средств на счет.

3.4. Оплата в кассу медицинской организации, в том числе с использованием банковских карт производится ЗАКАЗЧИКОМ в день оказания услуги.

3.5. При перечисления денежных средств на лицевой счет ИСПОЛНИТЕЛЯ.

3.6. После оплаты ЗАКАЗЧИКУ выдается контрольно-кассовый чек и акт выполненных работ, содержащий перечень, объем и стоимость оказанных услуг или иной бланк строгой отчетности.

4. Ответственность сторон. Порядок разрешения споров.

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

4.2. Возникающие спорные вопросы, разногласия разрешаются в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии - 10 рабочих дней. При не достижении соглашения сторон - рассматриваются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности за результаты оказания медицинских услуг в случаях несоблюдения ПАЦИЕНТОМ/ПОТРЕБИТЕЛЕМ и его ЗАКОННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ 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.

4.4. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности, если до оказания медицинской услуги ПОТРЕБИТЕЛЬ/ЗАКАЗЧИК не исполнил обязанность по информированию медицинского персонала ИСПОЛНИТЕЛЯ об аллергических реакциях ПОТРЕБИТЕЛЯ, противопоказаниях, перенесенных им заболеваниях, если неэффективность оказанной медицинской услуги ПОТРЕБИТЕЛЮ или причиненный ему вред явились следствием отсутствия у медицинского персонала ИСПОЛНИТЕЛЯ такой информации.

4.5. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности при возникновении осложнений у ПОТРЕБИТЕЛЯ, о возможности которых ПОТРЕБИТЕЛЬ был предупрежден до оказания медицинской услуги

4.6. 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. Срок действия договора

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует до полного исполнения ими взятых на себя обязательств.

5.2. Настоящий договор может быть расторгнут досрочно по соглашению сторон в письменном виде и другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

6. Дополнительные условия

6.1. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное решение ПОТРЕБИТЕЛЯ и ЗАКАЗЧИКА при условии заключения настоящего договора.

6.2. Информация о готовности результатов исследования может быть направлена ЗАКАЗЧИКУ в виде смс сообщения на указанный им номер телефона. Результаты исследований предоставляются в распечатанном виде в любом лабораторном отделении ИСПОЛНИТЕЛЯ при предъявлении Договора и/или сметы, и/или кассового чека, или документа, удостоверяющего личность самого ЗАКАЗЧИКА, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством, когда предоставление результатов исследований возможно только при предоставлении документа, удостоверяющего личность самого ЗАКАЗЧИКА.

6.3. Результаты исследований могут быть направлены на указанную 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 ЗАКАЗЧИК.

6.4. ПОТРЕБИТЕЛЬ и ЗАКАЗЧИК добровольно и информировано передает ИСПОЛНИТЕЛЮ свои персональные данные. 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.

6.5. ПОТРЕБИТЕЛЬ и 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.

6.6. ПОТРЕБИТЕЛЬ и ЗАКАЗЧИК предоставляет ИСПОЛНИТЕЛЮ право обработки персональных данных в целях в том числе: оказания медицинских услуг, предоставления результатов исследования (в том числе при помощи онлайн-сервиса), предоставления ЗАКАЗЧИКУ ретроспективных данных по оказанным ПОТРЕБИТЕЛЮ медицинским услугам и результатам исследований, контроля качества медицинских услуг, реализации дисконтной программы, продвижения услуг путем осуществления прямых контактов с ПОТРЕБИТЕЛЕМ с помощью средств связи, проведения рекламных и иных акций, маркетинговых исследований, в целях информирования ПОТРЕБИТЕЛЯ и ЗАКАЗЧИКА об услугах и акциях ИСПОЛНИТЕЛЯ. 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 ЗАКАЗЧИКУ.
- 6.7. 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.
- 6.8. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов, установленному законодательством Российской Федерации и составляет 25 лет.
- 6.9. Предоставленное согласие на обработку персональных данных действует бессрочно, при этом ПОТРЕБИТЕЛЬ\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.
- 6.10. ПОТРЕБИТЕЛЬ дает ИСПОЛНИТЕЛЮ информированное согласие на получение от ИСПОЛНИТЕЛЯ смс и e-mail рассылок рекламного характера, извещений о проводимых акциях, мероприятиях и реализуемых ИСПОЛНИТЕЛЕМ дисконтных программах.
- 6.11. Изменение и расторжение Договора возможны по соглашению Сторон в соответствии с п.1 ст. 450 ГК РФ.
- 6.12.. В случае расторжения Договора по инициативе ЗАКАЗЧИКА, оплата за медицинские услуги и/или исследования, которые уже были выполнены, возврату не подлежит
- 6.13. 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.
- 6.14. В случае обращения к ИСПОЛНИТЕЛЮ третьего лица с предоставлением смс-уведомления о готовности заказа и/или с оригиналом Договора ПОТРЕБИТЕЛЯ, и/или сметы заказа, и/или кассового чека, для получения какой – либо информации о результатах лабораторных исследований и/или информации о ПОТРЕБИТЕЛЕ, 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 ПОТРЕБИТЕЛЕМ и ЗАКАЗЧИКОМ не было сообщено о пропавших (отсутствии) указанных документов и/или запрете выдачи результатов третьим лицам при их пропаже (отсутствии) у ПОТРЕБИТЕЛЯ. Настоящий пункт Договора при отсутствии вышеуказанного запрета является письменным согласием 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. 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.
- 6.15. ЗАКАЗЧИК заверяет и гарантирует, что он должным образом ознакомлен со всеми пунктами Договора и согласен с его условиями.
- 6.16. Договор заключается в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу.
- 6.17. Перечень услуг, составляющих медицинскую деятельность ООО «Медиагора», содержится в лицензии, представленной на информационных стендах ООО «Медиагора» и сайте Общества.

7. Сведения о сторонах договора, реквизиты

<p>ИСПОЛНИТЕЛЬ: ООО «Медиагора» Адрес юрид.: 454091, г. Челябинск, ул. Труда, 82«А», нежилое помещение №6 Адрес юрид.: 454021, г. Челябинск, ул. Университетская набережная, 56, нежилое помещение №6; тел. регистратуры: (351) _____; Сайт: : www. biotest74.ru Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия _____ от _____ г. (Инспекция Федеральной налоговой службы по _____ району г. Челябинска) ОГРН 1187456053828 ИНН 7453325063 КПП 745301001 ОКПО _____ ОКВЭД 86.90 Директор: _____ / С.В. Крапивин/ МП _____</p>	<p>ЗАКАЗЧИК действующий с письменного согласия своего законного представителя</p> <p>Ф.И.О. _____ Адрес _____ Паспорт _____ тел. _____</p> <p>«Со всеми пунктами договора ознакомлен и согласен» _____ подпись _____</p>
--	--

ПЕРЕЧЕНЬ И СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

№ п/п	Наименование услуги	Стоимость услуги
	Итого	

Заказчик (законный представитель Пациента):

_____ / _____ /

(Ф.И.О)

(подпись)

Приложение №2
к договору № _____ от _____
Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство

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, одного из родителей, иного законного представителя (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего пациента
« _____ » _____ года рождения,
Зарегистрирована(ый) 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 года N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года N 24082) для получения доврачебной медицинской помощи, амбулаторно-поликлинической, лицом, законным представителем которого я являюсь:

_____ (Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель)
« _____ » _____ года рождения,
В медицинской организации: Общество с ограниченной ответственностью «МЕДИАГОРА»
Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской услуги, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской услуги.

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 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Я информировал (а) медицинского работника обо всех проблемах, связанных со здоровьем, моего несовершеннолетнего ребенка, лица, чьим законным представителем я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, инфекционных заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах.

В соответствии с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие на обработку персональных данных меня, моего несовершеннолетнего ребенка, в объеме и способами, определенными Федеральным законом Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь

_____ тел. _____
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Положения настоящего документа мне разъяснены, мною понятны.

Подпись, Ф.И.О. пациента
_____ (_____)

Подпись, Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя
_____ (_____)

Подпись, Ф.И.О. медицинского работника
_____ (_____)

« _____ » _____ 202 _____ г.

Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
7. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно. Оказание экстренной медицинской помощи.

С перечнем ознакомлен: _____
(подпись, ФИО законного представителя несовершеннолетнего)