

УВЕДОМЛЕНИЕ

Пациента о необходимости соблюдения указаний (рекомендаций) медицинского работника и последствиях их несоблюдения

ООО «Клиника Фомина Самара» (далее – Исполнитель, Клиника), в соответствии с пунктом 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736) уведомляет _____ (ФИО пациента) (далее – Пациент) об обязанности соблюдения режима лечения (указаний, рекомендаций) назначенного медицинским работником, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, а также о том, что несоблюдение назначенного режима лечения (указаний, рекомендаций) медицинского работника, может снизить качество медицинской услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

Пациент ознакомлен с Прейскурантом платных медицинских услуг, условиями Оферты на заключение Договора об оказании платных медицинских услуг.

Пациент проинформирован, что ООО «Клиника Фомина Самара» участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. С уведомлением ознакомлен до заключения Договора на оказание платных медицинских услуг.

" " _____ 2025 г. _____ /ФИО пациента/законного представителя пациента

Договор на оказание платных медицинских услуг № _____

г. _____ " " _____ 2025 г.

Общество с ограниченной ответственностью "Клиника Фомина Самара", именуемое в дальнейшем "Исполнитель" "Клиника", в лице _____, действующего на основании Доверенности от " " _____ 202_ г., с одной стороны,

и Пациент (Заказчик) _____

(ФИО пациента)

или _____ (далее - Заказчик),
(ФИО Заказчика (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель ребенка или лица, признанного недееспособным), являющийся законным представителем _____ (Ф.И.О. ребенка или лица, признанного недееспособным – полностью, год рождения, далее – Пациент),

с другой стороны, а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту медицинские услуги в соответствии с имеющейся лицензией на осуществление медицинской деятельности на условиях, определенных настоящим Договором, а Пациент обязуется оплатить оказанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

Конкретный перечень оказываемых медицинских услуг, сроки их ожидания и стоимость определяются настоящим Договором, Дополнительными соглашениями к нему и/или Спецификациями.

1.2. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность № Л041-01184-63/04643515 от 25.03.2026 г., выданной Министерством здравоохранения Самарской области, срок действия – бессрочно.

1.3. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется на основании действующего на дату оказания услуг(-и) Уполномоченным Исполнителя Прейскуранта платных медицинских услуг. Стоимость медицинских услуг указана на официальном сайте Исполнителя: <https://fomin-clinic.ru/>. В случае оказания Пациенту медицинской помощи в экстренной форме, расходы, связанные с ее оказанием, возмещаются Исполнителем в порядке и размерах, определенных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, установленной органами государственной власти субъекта РФ по месту нахождения Исполнителя.

1.4. Срок оказания медицинских услуг определяется, исходя из объема профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, необходимых Пациенту, а также с учетом режима работы Исполнителя и возможности посещения Пациентом медицинской организации Исполнителя в назначенное время.

1.5. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг:

1.5.1. Амбулаторная медицинская помощь оказывается Исполнителем в день обращения Пациента, если иной порядок не установлен в порядках и стандартах оказания медицинской помощи, а также при доступности выбранного Пациентом врача.

1.5.2. Стационарная медицинская помощь оказывается в период госпитализации Пациента с учетом сроков, установленных положениями, порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

1.5.3. В случае получения Пациентом платных медицинских услуг в рамках квоты, полученной на основании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, срок ожидания услуги зависит от наличия у Исполнителя свободных квот, а также от количества Пациентов, желающих получить медицинскую услугу в рамках квоты и находящихся в очереди на оказание такой услуги.

1.5.4. Все медицинские услуги оказываются по предварительной записи Пациента, при необходимости изменения срока оказания услуг новый срок устанавливается по соглашению Сторон.

1.5.5. Срок выдачи лабораторных исследований составляет не более чем 45 (сорок пять) календарных дней с момента забора материала на исследование. В случае привлечения к оказанию медицинской услуги сторонних организаций, сроки оказания таких услуг устанавливаются в соответствии с правилами, действующими в этих сторонних организациях.

1.5.6. Подтверждением получения медицинской услуги является запись об этом в амбулаторной карте Пациента / выдача Пациенту заключения по результатам обследования / выдача Пациенту результатов проведенного исследования с указанием даты его проведения.

1.6. Медицинские услуги предоставляются Исполнителем при наличии информированного добровольного согласия Пациента.

1.7. Стороны соглашаются с тем, что Пациент информирован об обязанности соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинских организациях, а также о том, что у Пациента есть возможность получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в иных медицинских организациях, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.8. При необходимости Пациенту могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень, стоимость, условия и сроки ожидания которых согласуются Сторонами в Дополнительном соглашении к настоящему Договору.

1.9. Место оказания услуг по настоящему договору: 443096, Самарская область, г Самара, Полевая ул, д. 84, помещ. 2н. При необходимости и наличии технического оснащения ряд услуг по настоящему Договору может быть оказан онлайн посредством видеоконференцсвязи.

1.10. Пациент подтверждает, что до подписания настоящего Договора он ознакомлен в доступной форме с условиями Оферты на заключение Договора об оказании платных медицинских услуг, а также с информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:

- Порядки и стандарты оказания медицинской помощи при медицинских заболеваниях, клинические рекомендации, Правила внутреннего распорядка Исполнителя;
- Информацию о врачах, оказывающем медицинские услуги, его профессиональном образовании и квалификации, график работы;
- Информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- Сроки ожидания предоставления платных услуг;
- Местонахождение, режим работы Исполнителя, перечень платных медицинских услуг с указанием их стоимости, условия предоставления и получения этих услуг;
- Иные сведения, по требованию Пациента, связанные с оказываемой медицинской услугой и подлежащие разглашению в соответствии с действующим законодательством.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Организовывать и оказывать медицинскую помощь в соответствии с законами и подзаконными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

2.1.2. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке, а также по просьбе Пациента выдать ему после исполнения настоящего Договора медицинские документы (копии/выписки из них) в порядке, установленном п. 5.1. настоящего Договора.

2.1.3. Немедленно извещать Пациента о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению предоставляемых медицинских услуг, что оформляется Дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.1.4. По запросу Пациента предоставлять Спецификацию с указанием перечня оказанных ему услуг и указанием стоимости этих услуг.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, установленных настоящим Договором.
2.2.2. Ознакомиться и собственноручно подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, предоставленное специалистами Исполнителя.
2.2.3. Выполнять назначения и рекомендации лечащего врача и медицинского персонала Исполнителя.
2.2.4. Ознакомиться с внутренними локальными актами Исполнителя, регулирующими отношения с пациентами, и обязуется соблюдать Правила внутреннего распорядка Исполнителя.
2.2.5. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях, которые могут повлиять на ход лечения.
2.2.6. Прибывать в медицинскую организацию Исполнителя за 15 минут до назначенного времени приема к врачу и уведомить Исполнителя за 24 часа об отмене предварительной записи визита к врачу. В случае опоздания Пациента на прием более чем на 20% отведенного времени Исполнитель вправе отказать в приеме (в случае, если такой отказ не представляет угрозы для жизни и здоровья Пациента) с предложением его переноса на другое время, если оказание такой услуги может привести к смещению дальнейшего приема и созданию дискомфорта для следующих пациентов.
2.2.7. В случае обслуживания Пациента в страховой компании Заказчик обязуется самостоятельно, до начала получения Пациентом услуг, изучить условия договора страхования Пациента и условия страховой программы Пациента (далее совместно – Условия страхования), в том числе, но не исключительно: объем страхового покрытия, перечень покрываемых страховой компанией услуг и страховых случаев, заболеваний, возможные ограничения и исключения из страхового покрытия, а также проверить, действует ли страховое покрытие на момент получения услуг Пациентом. Заказчик также обязуется перед получением Пациентом любой услуги: 1) отслеживать изменения Условий страхования и действие страхового покрытия на момент получения Пациентом такой услуги; 2) предоставлять Клинике в письменном виде актуальную информацию об Условиях страхования и действии страхового покрытия и письменно уведомлять Клинику о любых изменениях Условий страхования и действия страхового покрытия. В случае, если Заказчик не является Пациентом, Заказчик дает Клинике заверения, что обладает всей необходимой информацией для исполнения обязанностей, предусмотренных настоящим пунктом, и уведомлен, что Клиника полагается на данные заверения. В случае отсутствия у Заказчика такой информации он обязан незамедлительно в письменном виде уведомить об этом Клинику до начала получения Пациентом услуг. В случае, если Заказчиком по Договору выступает юридическое лицо, то он предоставляет Исполнителю гарантийное письмо, в котором подтверждает действительность вышеуказанных сведений.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Получать от Пациента информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.
2.3.2. Получить от Пациента подписанное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство перед проведением медицинского вмешательства. В случае отсутствия подписанного информированного добровольного согласия от Пациента Исполнитель имеет право отказать в проведении медицинского вмешательства.
2.3.3. При согласии Пациента осуществить замену специалиста Исполнителя, при возникновении непредвиденных обстоятельств, болезни или обоснованного отсутствия специалиста, к которому был записан Пациент.
2.3.4. Отказать в оказании платной медицинской услуги при состояниях наркотического или алкогольного опьянения у Пациента, если такой отказ не представляет угрозы для жизни и здоровья Пациента.
2.3.5. При нарушении Пациентом п. 2.2.6. настоящего Договора, а также при условии, что такое опоздание может снизить качество оказываемой медицинской услуги или повлечь невозможность ее завершения в срок, Исполнитель в соответствии со ст. 36 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» вправе отказать в предоставлении услуги, если такое неокказание услуги не представляет угрозы для жизни и здоровья Пациента.
2.3.6. Привлекать для оказания медицинских услуг по Договору иные медицинские организации, имеющие лицензии на медицинскую деятельность и соответствующие иным требованиям действующего законодательства. В этом случае Исполнитель координирует действия привлекаемых к оказанию услуг медицинских организаций, обеспечивает предоставление Пациенту необходимой информации о ходе лечения, иных условиях оказания медицинской помощи.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Получать информацию о своих правах и обязанностях, о состоянии своего здоровья лично или в лице законного представителя.
2.4.2. Получить медицинскую справку или заключение по результатам исполнения медицинской услуги.
2.4.3. Разрешить передачу сведений, составляющих его врачебную тайну, на адрес электронной почты, указанный собственноручно в разделе 8 настоящего Договора.
2.4.4. Отказаться от медицинского вмешательства. Отказ от медицинского вмешательства оформляется Пациентом лично в письменной форме и фиксируется в медицинской документации Пациента. Пациент получает полную информацию о последствиях отказа от медицинского вмешательства.

3. Стоимость услуг и порядок оплаты

3.1. Перечень и цена оказываемых Исполнителем медицинских услуг предусмотрены в Прейскуранте платных медицинских услуг, действующем на дату оказания медицинской услуги. Исполнитель вправе изменять Прейскурант платных медицинских услуг в период действия настоящего Договора. Информация об изменении стоимости медицинских услуг, а также измененный Прейскурант платных медицинских услуг доводится до Пациента путем размещения этой информации на официальном сайте и на информационных стендах Исполнителя.
3.2. Оплата медицинских услуг по Программам Исполнителя, размещенным на официальном сайте Исполнителя: <https://fomin-clinic.ru/> (далее - Программы) осуществляется в порядке предоплаты в соответствии с правилами, изложенными в Программах. Выбор соответствующей Программы ставится в зависимость от того, предусмотрена ли данной Программой соответствующая медицинская услуга и были ли соблюдены соответствующие условия присоединения к ней Пациентом.
3.3. Присоединение Заказчика к Программам происходит одновременно в момент совершения акцепта Оферты на заключение Договора, а также при обязательном условии соблюдения требований, предусмотренных данными Программами.
3.4. Программами может быть предусмотрена возможность оказания комплексных медицинских услуг, порядок оказания и оплаты которых регулируется п. 3.7. - 3.7.7. настоящего Договора, а также правилами Программы соответственно.
3.5. Оплата за предоставляемые Исполнителем Пациенту медицинские услуги может быть осуществлена страховой компанией, Банком или иным третьим лицом на основании договоров, заключенных Исполнителем с указанными третьими лицами. Услуги, перечень которых определяется Исполнителем, Пациент может оплатить на условиях рассрочки платежа, заключив Договор с Банком-Партнером Исполнителя (далее – Банк).
3.6. В случае, если объем оказываемых Пациенту услуг, предусмотренный настоящим Договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего Договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают Дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора. С Пациента удерживается сумма за фактически оказанные услуги по ценам в соответствии с Прейскурантом платных медицинских услуг, действующим на дату фактического оказания услуги. Остаток суммы, оплаченный Пациентом по настоящему Договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.
3.7. Порядок оказания Исполнителем комплексной медицинской услуги.
3.7.1. В случае, если Договором предусмотрено оказание комплексных медицинских услуг, то к отношениям Сторон применяются положения гражданского законодательства об абонентском договоре (ст. 429.4. ГК РФ).
3.7.2. При приобретении Пациентом комплексной услуги Исполнитель обязуется в течение срока реализации комплексной услуги по требованию Пациента оказывать соответствующие услуги, входящие в состав комплексной услуги.
3.7.3. Комплексность услуги означает включение в неё как минимум двух услуг, которые могут быть оказаны в разовом порядке по отдельной стоимости в соответствии с Прейскурантом.
3.7.4. Срок реализации комплексной медицинской услуги составляет 6 (шесть) месяцев, если иной срок реализации соответствующей комплексной услуги не предусмотрен Прейскурантом Исполнителя, и исчисляется с момента оплаты Пациентом стоимости комплексной медицинской услуги. По истечении срока, предусмотренного на реализацию комплексной медицинской услуги, обязательства Клиники по ее оказанию считаются исполненными в полном объеме вне зависимости от того, было или не было затребовано исполнение (оказание всех или части услуг, входящих в состав комплексной медицинской услуги), в связи с чем отказ Пациента от комплексной услуги по истечении срока её реализации не представляется возможным, а возврат денежных средств Клиникой не производится.
3.7.5. Оплата комплексных медицинских услуг осуществляется в порядке полной предоплаты путём внесения Пациентом денежных средств на расчетный счет Исполнителя.
3.7.6. В связи с тем, что стоимость комплексной услуги ниже, чем если бы Заказчик приобретал входящие в ее состав услуги по отдельности, приобретением комплексной услуги Заказчик заверяет Клинику о том, что понимает и принимает алекторный (рисковый) характер данной сделки как для него самого (возможное неисполнение всех услуг, входящих в состав комплексной услуги, в течение срока ее реализации), так и для Клиники (предоставление медицинских услуг в большем объеме, но за меньшую плату).
3.7.7. В случае если Заказчику была оказана как минимум одна любая услуга, входящая в состав комплексной услуги, то отказ Заказчика от комплексной услуги до истечения срока её реализации представляет из себя отказ от предоставленной ему скидки, в связи с чем возврат остатка денежных средств производится после перерасчёта стоимости фактически оказанных услуг в соответствии с Прейскурантом Клиники по расценкам, которые предусматривают приобретение услуг по отдельности, а не в составе комплексной услуги.
3.8. В случае неявки Пациента на прием к врачу в соответствии с записью и не уведомления об этом Клиники за 24 (двадцать четыре) часа до соответствующего приема либо отсутствия возможности у Клиники организовать прием такого Пациента в рамках того же дня, на который был назначен прием, внесенные Заказчиком денежные средства не возвращаются (в том числе за услуги питания (если применимо), за исключением случаев возникновения у Пациента форс-мажорных обстоятельств, которые будут подтверждены соответствующими документами компетентных органов, либо если причины неявки на прием будут признаны Клиникой уважительными (болезнь и т.д.), при этом такие уважительные причины должны быть документально подтверждены).

* Рассрочка, как способ оплаты услуг по Договору, предоставляется Исполнителем в том случае, если она прямо предусмотрена условиями соответствующей Программы, к которой присоединился Пациент. Если правилами соответствующей Программы условия о рассрочке отсутствуют - рассрочка не подлежит предоставлению.

При предоставлении Исполнителем рассрочки в качестве способа оплаты услуг по Договору Исполнитель устанавливает скидку на стоимость услуг в размере скидки, фиксируемой в соответствующей спецификации к кредитному договору, заключаемому Пациентом с Банком с целью оплаты услуг, оказываемых Исполнителем (скидка на стоимость услуг (от Прейскуранта) может устанавливаться в ином размере (например, в размере процентной ставки, соответствующей ставке по кредитному договору, заключаемому Пациентом с Банком с целью оплаты услуг, оказываемых Исполнителем, если такой размер скидки будет предусмотрен в кредитном договоре с целью оплаты услуг, оказываемых Исполнителем). Спецификация к кредитному договору может содержать условие о перечислении суммы кредитных средств Исполнителю для оплаты услуг Пациента через агента, с которым у Пациента может быть заключен отдельный договор.

** В случае выбора Пациентом способа оплаты по Договору в виде рассрочки, Исполнитель (по требованию Пациента) предоставляет справку для получения Пациентом социального налогового вычета с учетом той стоимости оказанных услуг, которая содержится в Акте оказанных медицинских услуг, счет-казе, контрольно-кассовом чеке и других платежных документах между Пациентом и Исполнителем.

*** В случае, если Пациент, Договор с которым содержит условие о способе оплаты услуг в виде рассрочки, обращается к Исполнителю с целью возврата денежных средств за неоказанную или частично неоказанную Исполнителем услугу, то возврат денежных средств осуществляется только за фактически неоказанные к моменту обращения Пациента услуги.

При этом расчет суммы денежных средств, подлежащей возврату, осуществляется с учетом предоставленной Пациенту в момент заключения Договора скидки на стоимость услуг (от Прейскуранта) в размере скидки, фиксируемой в соответствующей спецификации к кредитному договору, заключаемому Пациентом с Банком с целью оплаты услуг, оказываемых Исполнителем. Скидка на стоимость услуг (от Прейскуранта) может устанавливаться в ином размере (например, в размере процентной ставки, соответствующей ставке по кредитному договору, заключаемому Пациентом с Банком с целью оплаты услуг, оказываемых Исполнителем, если такой размер скидки будет предусмотрен в кредитном договоре с целью оплаты услуг, оказываемых Исполнителем).

Формула расчета суммы денежных средств, подлежащей возврату: $A = B - C$, где,

A – сумма денежных средств, подлежащая возврату;

B – сумма денежных средств, указанная в Акте оказанных медицинских услуг, счет-казе, кассовом чеке и других платежных документах между Пациентом и Исполнителем;

C – сумма денежных средств, подлежащая уплате за уже оказанные к моменту обращения Пациента услуги.

3.9. Обязательство Пациента по оплате услуг Исполнителя считается исполненным с момента поступления наличных денежных средств в кассу Исполнителя или, при оплате в безналичном порядке, с момента зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.10. По окончании оказания медицинских услуг по Договору оформляется Акт об оказании медицинских услуг с Пациентом. Исполнитель представляет Акт об оказании медицинских услуг нарочно и/или посредством направления на электронную почту Пациента, указанную им при заключении Договора. При непоступлении в адрес Исполнителя со стороны Пациента претензий в отношении оказанных медицинских услуг в течение 5 (пяти) календарных дней с даты представления Акта об оказании медицинских услуг, такие услуги считаются принятыми Пациентом без возражений. В случае уклонения/отказа от подписания Акта об оказании медицинских услуг без мотивировки причин такого отказа или отсутствия в момент окончания оказания услуги Пациента, в Акте делается соответствующая отметка. В таком случае Акт подписывается Исполнителем в одностороннем порядке, услуги считаются оказанными и принятыми Пациентом в полном объеме. Факт оказания услуги также может быть подтвержден медицинской документацией.

3.11. В ходе оказания медицинских услуг между Сторонами может быть согласована смета на оказание медицинских услуг, которая подлежит направлению Заказчику на адрес электронной почты, указанный им при заключении Договора.

3.12. В случае отсутствия возражений со стороны Заказчика по представленной смете в течение 3 (трех) календарных дней с момента её направления – данная смета будет считаться принятой Заказчиком в полном объеме и подлежит оплате.

3.13. Объем и характер медицинских услуг, отраженных в смете, является приблизительным и определяется на основании статистического анализа типичных расходов, необходимых для лечения Пациента, и в силу этого может быть скорректирован специалистами Клиники при возникновении необходимости проведения дополнительных исследований и манипуляций по медицинским показаниям конкретного Пациента. Окончательный счёт может отличаться от сметы расходов.

4. Ответственность Сторон

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств, если оно явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор): чрезвычайные ситуации природного и техногенного характера, боевые действия, эпидемии, эпизоотии, эпифитотии, стихийные бедствия, наводнения, землетрясения, пожары, ураганы, забастовки, изменение законодательства Российской Федерации, распоряжения и акты государственных и судебных органов, иные события, не подлежащие контролю Сторон, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

5. Порядок и условия выдачи медицинских документов, рассмотрения претензий

5.1. Исполнитель при наличии письменного запроса Пациента, направленного по электронной почте/посредством «Почты России» или представленного лично в медицинскую организацию Исполнителя выдает Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов) в запрашиваемом Пациентом объеме, руководствуясь при этом порядком и условиями выдачи медицинских документов, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них»). Срок предоставления медицинской документации составляет 30 календарных дней.

5.2. Все споры и разногласия, возникающие между Сторонами при исполнении настоящего Договора, разрешаются путем переговоров. В случае, если Пациент считает, что его права нарушены и/или услуги оказаны ненадлежащим образом, он имеет право направить Исполнителю претензию по электронной почте/посредством «Почты России» или представить ее лично Исполнителю.

6. Порядок изменения и расторжения договора

6.1. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут в порядке, предусмотренном действующим законодательством и условиями Договора.

6.2. Размещение новой редакции Оферты о заключении Договора на официальном сайте Клиники и размещения такой редакции на информационных стендах Клиники является предложением по изменению условий заключенного ранее Договора и приведения его условий в соответствие с условиями новой редакции Оферты для лиц, с кем был заключен Договор на условиях Оферты предыдущей редакции.

6.3. Пациент подтверждает своё согласие с условиями обновленной редакции Оферты путём совершения конклюдентных действий, которые могут выражаться, в том числе, в продолжении пользования услугами (в случае несопадения Заказчика и Пациента в одном лице – пользованием услугами Пациентом) по Договору или оплате таких услуг.

7. Рассмотрение споров

7.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров.

7.2. Сторона, считающая, что ее права по заключенному Договору нарушены, вправе направить другой стороне по электронной почте письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в установленном законом порядке.

7.3. В случае невозможности урегулирования споров путем переговоров, все споры сторон по заключенному Договору и в связи с ним, по которым стороны не могут прийти к обоюдному согласию, подлежат разрешению:

- иски о защите прав Пациента предъявляются в суд по его выбору в соответствии с действующим законодательством РФ;

- по согласию Сторон устанавливается следующая договорная подсудность для исков Клиники к Заказчику, проживающему на территории г.

Москвы: если спор подлежит рассмотрению мировым судьей, то иск предъявляется в судебный участок №184 города Москвы, если спор подлежит рассмотрению районным судом, то иск предъявляется в Дорогомиловский районный суд города Москвы. Заказчик вправе отказаться от установленной договорной подсудности в свободной форме посредством направления соответствующего письменного заявления в адрес Клиники в период действия Договора, но до момента возникновения судебного спора между Клиникой и Пациентом.

8. Дистанционная передача информации

8.1. Настоящим Пациент сообщает Исполнителю свои данные:

и дает согласие на передачу ему информации, в том числе, но не исключая спецификаций, чеков и иных документов и уведомлений по электронной почте, голосовыми сообщениями по телефонной связи, текстовыми sms-сообщениями, а также с использованием систем мгновенного обмена сообщениями, в том числе на:

мобильный телефон: +7 _____

электронную почту: _____

передача результатов функциональной и иной диагностики, а также результатов всех видов исследований	ДА
передача информации о новостях, действующих акциях и специальных предложениях Исполнителя	ДА
опрос по качеству обслуживания	ДА

8.2. Дистанционная передача информации является правом, а не обязанностью Исполнителя. Исполнитель вправе самостоятельно определять формат и размер передаваемой информации, приостановить или прекратить дистанционную передачу информации без предварительного уведомления Пациента.

8.3. Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает, что он предупрежден о возможных рисках, существующих при отправке информации, при которых Исполнитель не несет ответственность, в том числе:

- о возможности доступа третьих лиц к направляемой информации в процессе и/или в результате ее пересылки (в том числе, но не исключительно, несанкционированного доступа к оконечному оборудованию пользователя, прямой или случайной передачи пароля, незаконных действий третьих лиц);

- использования информации по различным причинам, не зависящим от отправителя (электронная почта переполнена, заблокирована или недоступна, настройки и правила обработки сообщений электронной почты на почтовом сервере не позволяют принимать сообщения интернет-домена отправителя, технические и другие причины);

- повреждения файлов и в результате неполучения информации, в связи с повреждением файлов при их пересылке.

9. Заключительные положения

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

9.2. Настоящий договор действует с момента подписания и до окончания текущего календарного года с возможностью дальнейшей пролонгации.

9.3. Стороны признают надлежащим подписание договора, актов, дополнительных соглашений путем обмена отсканированными копиями по электронной почте, указанной в настоящем договоре. Такие документы считаются подписанными простой электронной подписью и приравниваются к оригиналам документов на бумажном носителе.

9.4. Неотъемлемой частью к настоящему договору являются следующие приложения:

- Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
- Согласие Пациента на обработку персональных данных
- Согласие Пациента на передачу персональных данных

ИСПОЛНИТЕЛЬ (КЛИНИКА)

Общество с ограниченной ответственностью

"Клиника Фомина Самара"

адрес места нахождения: 443096, Самарская область, г Самара, Полевая ул, д. 84, помещ. 2н
фактический адрес: 443096, Самарская область, г Самара, Полевая ул, д. 84, помещ. 2н
ОГРН: 1256300016830
ИНН: 6316292262, КПП: 631601001
ГРН и дата внесения записи в ЕГРЮЛ: 1256300016830, 08.07.2025.

Отделение банка: Тверское отделение № 8607 ПАО Сбербанк, р/с 40702810063710000986, к/с 30101810700000000679, БИК 042809679

Эл. почта:

ЗАКАЗЧИК (ПАЦИЕНТ)

_____ (ФИО полностью)

Адрес: _____

Тел: +7 _____

Паспорт гражданина Российской Федерации серии _____ номер _____

_____ выданный "____" _____ г.
_____, код подразделения

✓ _____ /ФИО пациента/законного представителя пациента

Экземпляр Договора на оказание платных медицинских услуг № _____ от "____" _____ 2025 г. получил(-а).

✓ _____ /ФИО пациента/законного представителя пациента
"____" _____ 2025 г.

Информированное добровольное согласие

на медицинское вмешательство

Я, _____ (ФИО полностью), " _____ " _____ г. рождения

(фамилия, имя, отчество пациента либо законного представителя, дата рождения пациента либо законного представителя)

зарегистрированный(-ая) по адресу: _____

(адрес регистрации пациента либо законного представителя)

в отношении:

(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем, дата рождения пациента при подписании законным представителем)

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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень):

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Независимые исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Независимые исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, лифлуометрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (неужное зачеркнуть) в

Обществе с ограниченной ответственностью " _____ ".

Медицинским работником _____

(должность, ФИО 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Сведения о выбранных нами (мною) лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (неужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (ФИО выбранного пациентом лица, контактный телефон)

✓ _____
(подпись)

(ФИО пациента или законного представителя пациента)

✓ _____
(подпись)

(ФИО медицинского работника)

" _____ " _____ 2025 г.

(дата оформления)

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____ (ФИО полностью), " ____ " _____ г. рождения
(фамилия, имя, отчество пациента либо законного представителя, дата рождения пациента либо законного представителя)
зарегистрированный(-ая) по адресу: _____
(адрес регистрации пациента либо законного представителя)

в отношении:
(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем, дата рождения пациента либо законного представителя)
Телефон: +7 _____

(далее по тексту «Пациент»), в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона РФ от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью "Клиника Фомина Самара", адрес места нахождения: 443096, Самарская область, г Самара, Полевая ул. д. 84, помеш. 2н (далее – Оператор), следующих персональных данных:

- 1) фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии);
- 2) пол;
- 3) дата рождения;
- 4) адрес места жительства, адрес регистрации;
- 5) реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность);
- 6) реквизиты полиса ОМС/ДМС;
- 7) страхового номера индивидуального лицевого счета в Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации (СНИЛС);
- 8) сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания первичной медико-санитарной помощи, включающей, в том числе, лабораторные исследования, при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации _____ сохранять _____ врачебную _____ тайну;
- 9) контактные данные (адрес электронной почты, номер контактного телефона).

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 (операция) 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. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (ресурсы) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам, а также путем передачи персональных данных (в том числе информации, содержащую сведения о врачебной тайне), по телефону на номер, указанный Заказчиком, с целью согласования оказания мне медицинских услуг в случаях, предусмотренных договором (в случае если медицинские услуги оказываются в рамках такого договора).

Я даю свое добровольное согласие на использование в обезличенном виде моих данных о диагнозе; состоянии здоровья; анамнезе; результатах проведенных в отношении меня медицинских осмотров, освидетельствований, обследований, анализов и их результатов; информацию о ходе и способах моего лечения, применяемых препаратах и иную значимую медицинскую информацию для осуществления медицинскими работниками Оператора научно-исследовательской и образовательной деятельности.

Разглашение персональных данных 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 указанным в договоре с Оператором реквизитам Оператора, в том числе по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.П

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, анализов, иную медицинскую документацию, путем предоставления соответствующей информации с помощью электронной почты, смс-информирования, почтовой рассылки (я уведомлен, что информация будет направлена по незашифрованным каналам связи, в связи с чем, Оператор не может нести ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам).

Я даю согласие, что в случае необходимости Общество вправе предоставить мои Персональные данные (Персональные данные представляемого мной лица), для достижения указанной выше цели третьим лицам: в Министерство здравоохранения Российской Федерации, в Департамент здравоохранения субъекта Российской Федерации, в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения Российской Федерации, в страховые компании, в клиничко-диагностические лаборатории, операторам фискальных данных и иным организациям).

Вышеуказанные третьи лица имеют право на обработку моих Персональных данных (Персональных данных представляемого мной лица) на основании настоящего согласия.

Я даю согласие на получение от Оператора электронных чеков за оплаченные услуги.

Я даю согласие на получение от Оператора на указанный мной номер мобильного телефона _____ (указать в случае согласия) информационной SMS-рассылки о новостях, действующих акциях и специальных предложениях.

Я даю согласие на получение от Оператора на указанный мной адрес электронной почты _____ (указать в случае согласия) информационной рассылки о новостях, действующих акциях и специальных предложениях.

Я даю согласие на получение от Оператора на указанный мной номер мобильного телефона _____ (указать в случае согласия) информационной рассылки о новостях, действующих акциях и специальных предложениях путём использования мессенджеров, уровень защиты которых соответствует требованиям действующего законодательства.

Я прошу Оператора осуществлять пересылку результатов функциональной и иной диагностики, а также результатов всех видов исследований, на указанный мной адрес электронной почты _____ (указать в случае согласия).

Я оповещен(а) о том, что информация обо мне и результаты исследования будут конфиденциальны и могут быть раскрыты только мне или моим официальным представителям или по запросу уполномоченных органов. Передача моих персональных данных в не обезличенной форме иным лицам, кроме оговоренных выше, может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации. Настоящим согласием я разрешаю передавать и сообщать информацию о состоянии моего здоровья (в том числе результаты функциональной и иной диагностики, а также результаты всех видов исследований, произведенных в рамках вышеуказанного договора) следующим лицам:

_____ (указать Ф.И.О., контактные номера телефонов и электронной почты).

Содержание и последствия подписания настоящего согласия мне понятны. У меня была возможность задать все интересующие меня вопросы, все полученные ответы и разъяснения врача мне понятны.

Контактный телефон: +7 _____

Адрес электронной почты: _____

Почтовый адрес: _____

(ФИО полностью)

_____ 2025 г.

Приложение № 3 к настоящему Договору

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я,

(фамилия, имя, отчество пациента либо законного представителя, дата рождения пациента либо законного представителя)

зарегистрированный(-ая) по адресу:

(адрес регистрации пациента либо законного представителя)

в отношении:

(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем, дата рождения пациента либо законного представителя)

Телефон:

(далее по тексту «Пациент»), в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона РФ от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», подтверждаю свое согласие на передачу ООО «Клиника Фомина Самара», адрес места нахождения: 443096, Самарская область, г Самара, Полевая ул, д. 84, помещ. 2н, (далее – Оператор), следующих персональных данных:

- 1) фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии);
- 2) пол;
- 3) дата рождения;
- 4) адрес места жительства, адрес регистрации;
- 5) реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность);
- 6) реквизиты полиса ОМС/ДМС;
- 7) страховой номер индивидуального лицевого счета в Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации (СНИЛС);
- 8) сведения о состоянии моего здоровья, диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания первичной медико-санитарной помощи, включающей, в том числе, лабораторные исследования, в целях повышения качества оказываемых медицинских услуг, при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну;
- 9) контактные данные (адрес электронной почты, номер контактного телефона).

Передача перечисленных выше персональных данных осуществляется в целях защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов пациента, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, в целях повышения качества оказываемых медицинских услуг (в том числе, с целью последующего назначения более точного диагноза и плана лечения при первом (или) повторном обращении к Оператору и/или аффилированным лицам Оператора), в научно-исследовательских целях, в связи с необходимостью и с соблюдением требований статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона РФ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я, в интересах обследования и лечения (в том числе для проведения лабораторных и иных исследований; повышения качества оказываемых медицинских услуг), предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои персональные данные следующим лицам:

- медицинским работникам медицинских организаций, с которыми Оператором заключен договор на оказание платных медицинских услуг, в рамках которого мне оказывается медицинская помощь, а именно следующим медицинским организациям: ООО «Медикал Генотекс» (ИНН 6952037742), ООО «Лаб-Трейддинг» (ИНН 6950225035), ФГБУЗ ПКЦ ФМБА России (ИНН 5902293805), ООО «КДЛ ДОМОДЕДОВО-ТЕСТ» (ИНН 5009046778), ООО «КДЛ ЦЕНТР» (ИНН 5009108495), ООО «КДЛ ЦЕЛИТЕЛЬ» (ИНН 0275929541), ООО «КДЛ УФА-ТЕСТ» (ИНН 0278199678), ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «ДИАПАЗОН» (ИНН 5906053240), ООО «Инвайтро» (ИНН 7710294238), ООО «ИНВИТРО-ВОРОНЕЖ» (ИНН 3664104281), ООО «ИНВИТРО-РОСТОВ-НА-ДОНУ» (ИНН 6166066649), ООО «ИНВИТРО-САМАРА» (ИНН 6316126787), ООО «ИНВИТРО СПБ» (ИНН 7810047507), АО «ЛАБКВЕСТ» (ИНН 7730196038), ООО «ЛИТОЛАБ» (ИНН 5445032366), ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И.Кулакова» (ИНН 7728094832), ООО «ЮНИМ» (ИНН 7724883963), ООО «АйДженомикс РС» (ИНН 9701136165), ООО «АРМЕД» (ИНН 2320147542), ООО «ГЕНОМЕД» (ИНН 7701759381), ФГБУ ИНЦ РАН (ИНН 7802030531), ООО «НЦКМД» (ИНН 7816594168), ООО «СЕРБАЛАБ» (ИНН 7801297356), АО «СЗЦДМ» (ИНН 7813316148), ГБУЗ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ МОНИИАНГ ИМ. АКАДЕМИКА В.И. КРАСНОПОЛЬСКОГО (ИНН 7709041289), ООО «ЗДРАВЬЕ» (ИНН 7107536848), ООО «Консультант Фарм» (ИНН 7106520027), ГУЗ ТО «Тульская Областная Клиническая Больница» (ИНН 7105008306), ГУЗ «ТОКОД» (ИНН 7105015293), ООО «ЦМГ» (ИНН 7724616333), ООО «ХАВЕН» (ИНН 7706219750), ФГБОУ ВО ТВЕРСКОЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ (ИНН 6905010888), Городская клиническая больница № 1 им. В. В. Успенского (ИНН 6905007726), ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России (ИНН 7728016351), ГБУЗ РМЦП (ИНН 0275913012), ООО КДЛ «Лорак» (ИНН 0278157565), ООО «ЛАБМЕД 1» (ИНН 0278213139), Медико-генетический научный центр имени академика Н. П. Бочкова (ИНН 7724181700), ГБУЗ «ОБСМЭ» (ИНН 5835013030), ООО «Клиника новых медицинских технологий «Архимед» (ИНН 7716517723), ООО «КЛИНИКА МАТЬ И ДИТЯ» (ИНН 7728282515), ООО «ИММУНОГЕН» (ИНН 7743255322), ООО «ГЕН-ЛАБ» (ИНН 7714489220), ПАО «ИПРМ «ГЕНЕТИКО» (ИНН 9731078633), ООО «ЛАБОРАТУАР ДЕ ЖЕНИ» (ИНН 7713755254), ФГБОУ ВОМНО МГУ (ИНН 7729082090), ООО «ОНКОАТЛАС» (ИНН 5408287687), ООО «ХРОМСИСТЕМСЛАБ» (ИНН 7727719369), ООО «МОБИЛ МЕДИКАЛ ЛАБ» (ИНН 7709448243), ГБУЗ КО «КОКОД» (ИНН 4027022104), ГБУЗ КО «Городской Родильный Дом» (ИНН 4027019454), ООО «Ситилаб-Башкортостан» (ИНН 0274131870), ООО «Ситилаб-Липецк-Воронеж» (ИНН 4824044042), АО «МЕДИЦИНА» (ИНН 7729058330), ООО «Генотехнология» (ИНН 7713309210), ФГБУ «ФДКБ» МИНЗДРАВА РОССИИ (ИНН 7728020823), ГБУЗ «НИИ - Краевая Клиническая Больница №1 Имени Профессора С.В.Очаповского (ИНН 2311040088), ООО «Диабала» (ИНН 5834056553), ООО «ДИАМАГ» (ИНН 3123189224), ООО «ХЕЛИКС ТИХВИНСКИЙ» (ИНН 7816526070), ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» (ИНН 3124020975), ООО «МАКСБЕЛМЕД» (ИНН 3123187900), ООО СЕМЕЙНАЯ КЛИНИКА «НЕ БОЛИТ» (ИНН 3123137642), НИУ БелГУ (ИНН 3123035312), ОГБУЗ «БЕЛГОРОДСКОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ БЮРО» (ИНН 3124011297), ООО «ПРОГЕН» (ИНН 7729769950), ГБУЗ «ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА № 2» (ИНН 2320010629), ООО «Лаб-Трейддинг» (ИНН 6950225035);

- страховой организации, с которой у меня есть действующий договор (в том числе для сообщения информации о наличии у меня заболевания, исключяющего медицинское обслуживание по программе добровольного медицинского страхования);

- работодателю и/или иной организации, которая приняла на себя обязательства оплачивать фактически оказанные мне медицинские услуги, в частности, по программе добровольного медицинского страхования (в том числе для сообщения информации и передачи документов, необходимых для завершения взаиморасчетов по оказываемым мне и/или планируемым к оказанию медицинским услугам);

- организациям, индивидуальным предпринимателям, физическим лицам, с которыми Оператором заключен договор, в рамках которого для оказания мне медицинской помощи выполняются работы и/или оказываются услуги (в том числе, но не ограничиваясь: изготавливаются протезы; оплачиваются услуги агентов, благодаря действиям которых я обратился за оказанием медицинских услуг к Оператору; проводятся исследования в целях совершенствования оказания медицинской помощи по государственным и муниципальным программам в сфере здравоохранения; осуществляется администрирование, настройка сервисов и приложений, способствующих оперативному и эффективному взаимодействию Оператора с пациентами (в том числе ИП Голиков Д.Д. (ОГРНИП 324690000023881);

- аффилированным лицам Оператора, то есть физическим или юридическим лицам, прямо или косвенно контролирующим Оператора, контролируемым Оператором или находящимся с Оператором под общим контролем другого лица, в том числе, но не ограничиваясь: ООО «ДОФОМИН Групп» (6950219641); ООО «УК КДФ Групп» (ИНН 7707421905); ООО «Клиника Фомина Мичуринский» (ИНН 9729288016); ООО «Клиника Фомина Долгоруковская» (ИНН 7707421260); ООО «Центр Потюка Мск-Ленинский» (ИНН 9728069318); ООО «МСЧ №14» (ИНН 7703418644); ООО «Клиника Фомина Смарт» (ИНН 6200001796); ООО «Клиника Фомина Белгород» (ИНН 3123438270); ООО «КДФ-Воронеж» (ИНН 7814734726); ООО «Клиника Фомина Калуга» (ИНН 4027131985); ООО «МОЛОДО» (ИНН 2308266110); ООО «Клиника Фомина Нижний Новгород» (ИНН 5262397419); ООО «Клиника Фомина Пенза» (ИНН 5836688808); ООО «Клиника Фомина Пермь» (ИНН 5902059749); ООО «Клиника Фомина Рязань» (ИНН 6200001860); ООО «КДФ-СПБ» (ИНН 7811736556); ООО «Клиника Фомина Саратов» (ИНН 6450117955); ООО «КДФ-Сочи» (ИНН 2366027819); ООО «Клиника Фомина Тверь» (ИНН 6950172866); ООО «Клиника Фомина Госпиталь» (ИНН 69000011060); ООО «Клиника Фомина Тула» (ИНН 7100017843); ООО «Клиника Фомина Уфа» (ИНН 0274137670); ООО «Клиника Фомина Тюмень» (ИНН 7203592669);

- а также тем организациям, которые вправе осуществлять обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных на основаниях, предусмотренных действующим законодательством (в том числе, но не ограничиваясь: в Министерство здравоохранения Российской Федерации, в Департамент здравоохранения субъекта Российской Федерации, в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения Российской Федерации).

Предоставляю перечисленным в настоящем согласии лицам право осуществлять любое действие (операция) 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, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Перечисленные в настоящем согласии лица вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам, а также путем передачи персональных данных (в том числе информацию, содержащую сведения о врачебной тайне), по телефону на номер, указанный в настоящем согласии, с целью согласования оказания мне медицинских услуг в случаях, предусмотренных договором (в случае если медицинские услуги оказываются в рамках такого договора), получения результатов медицинского исследования, анализов, иной медицинской документации, путем предоставления соответствующей информации с помощью электронной почты, указанной в настоящем согласии, sms-информирования, почтовой рассылки (я уведомлен, что информация будет направлена по незащищенному каналу связи, в связи с чем, Оператор не может нести ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам).

Разглашение персональных данных 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 указанным в договоре с Оператором реквизитам Оператора, в том числе по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

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

- прекратить их передачу по истечению периода времени, необходимого для завершения взаимоотношений с перечисленными в настоящем согласии лицами по вопросу оказания мне медицинских услуг, за исключением случаев предусмотренных действующим законодательством;
- осуществить взаимодействие с перечисленными в настоящем согласии лицами по вопросам уничтожения всех моих персональных данных, без уведомления меня об этом.

Перечисленные в настоящем согласии лица имеют право на обработку моих Персональных данных (Персональных данных представляемого мной лица) на основании настоящего согласия.

Я оповещен(а) о том, что информация обо мне и результаты исследования будут конфиденциальны и могут быть раскрыты только мне или моим официальным представителям или по запросу уполномоченных органов. Передача моих персональных данных в не обезличенной форме иным лицам, кроме оговоренных выше, может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Настоящим согласием я разрешаю передавать и сообщать информацию о состоянии моего здоровья (в том числе результаты функциональной и иной диагностики, а также результаты всех видов исследований, произведенных в рамках вышеуказанного договора) следующим лицам:

(указать Ф.И.О., контактные номера телефонов и электронной почты).

Содержание и последствия подписания настоящего согласия мне понятны. У меня была возможность задать все интересующие меня вопросы, все полученные ответы и разъяснения врача мне понятны.

Контактный телефон:

Адрес электронной почты:

Почтовый адрес:



"__" "__" 2025 г.