

Промедика | Медицинский центр

ООО "ПРОМЕДИКА"
ИНН 3123335299
г. Белгород, ул Щорса, д. 48а
тел.:+74722331771
info@pmedica.ru

Договор на оказание медицинских услуг №_____

г. _____ _____

ООО "ПРОМЕДИКА", далее именуемое **Исполнитель**, в лице директора Зарубина Дмитрия Маратовича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и **Потребитель** _____ , действующий от собственного имени, или действующий через законного представителя (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

Законный представитель/Представитель Потребителя _____

(Далее лицо, которому оказываются медицинские услуги, именуется «Потребитель (Пациент)». Законный представитель или представитель действует от имени Потребителя на основании указанного в договоре документа, подтверждающего полномочия).

Заказчик (в случае внесения оплаты по договору Заказчиком) _____

с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее по тексту – Договор) о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Потребитель, настоящим своей волей поручает, а Исполнитель обязуется оказывать Потребителю *(Пациенту)* платные медицинские услуги (далее – услуги), в соответствии Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 г. №659, а также согласно перечню, устанавливаемому сметами, а в случаях, когда оплата услуг за Потребителя осуществляется третьим лицом, - сметами – заказами, подписываемыми Сторонами к Договору (далее «смета»), условиям и требованиям, предусмотренным Договором и приложениями к нему. Подписанные Сторонами сметы являются неотъемлемой частью Договора (приложение №2 к договору). На оказание платных медицинских услуг, предусмотренных договором, может быть составлена твердая или приблизительная смета. Составление такой сметы по требованию потребителя и (или) заказчика или исполнителя обязательно. Перечень подлежащих оказанию услуг Исполнителя устанавливается в смете на основании прайс-листа Исполнителя (далее – прайс-лист)[6], действующего на момент оформления Сторонами сметы, с которым Потребитель может ознакомиться в медицинских офисах Исполнителя или на сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» http://www.pmedica.ru (далее – сайт).

1.2. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности №_____ , выданной _____ , дата предоставления лицензии: _____г., дата окончания действия лицензии: бессрочно, на осуществление следующих работ (услуг)[1]:

-_____.

1.3. Исполнитель оказывает услуги и выдаёт необходимую медицинскую документацию без взимания дополнительной платы согласно условиям, в сроки и порядке, установленные в смете. Исчисление сроков оказания (ожидания) услуг осуществляется в рабочих днях со дня, следующего за днём подписания Сторонами сметы, если иное не предусмотрено сметой, а услуга является оказанной Исполнителем с момента ее фактического оказания / выдачи Исполнителем медицинской документации в порядке, установленном настоящим пунктом и сметой.

В случаях, установленных в сметах, и при наличии технической возможности Исполнитель вправе направить лицу, указанному в смете, уведомление о готовности документации в виде СМС-сообщения, иной объективной форме по абонентскому номеру, указанному в смете.

1.4. Исполнитель предоставляет Потребителю (Пациенту) (законному представителю Пациента) по его требованию и в доступной для него форме, без взимания дополнительной платы, информацию о состоянии его здоровья после получения услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

Порядок и условия предоставления Пациенту (законному представителю Пациента) после исполнения Договора (сметы) Исполнителем поименованной информации реализуются Исполнителем в соответствии с порядком и сроками предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них, утвержденными Приказом Минздрава России от 31.07.2020 N 789н, и Правилами внутреннего распорядка для пациентов ООО "ПРОМЕДИКА", размещенными на сайте.

2. Общие положения

2.1. Договор является публичным договором-офертой. Правила оказания платных медицинских услуг, утвержденные Исполнителем (далее – Правила)[7], прайс-лист размещаются Исполнителем на сайте и в медицинских офисах Исполнителя и являются неотъемлемой частью Договора.

2.2. Подписанием Договора и/или осуществлением действий по выполнению его условий, в том числе по оплате услуг Исполнителя, Потребитель[2] подтверждает ознакомление и полное, безоговорочное согласие с условиями Договора.

3. Права и обязанности Сторон

3.1. Потребитель/Заказчик[2]:

3.1.1. Вправе на основании действующего прайс-листа определять фактический объем услуг Исполнителя.

3.1.2. Обязуется оплатить услуги Исполнителя в порядке, установленном Договором.

3.1.3. Обязуется соблюдать Правила оказания платных медицинских услуг.

3.1.4. Потребитель/Заказчик подтверждает и гарантирует, что указанные им в Договоре и/или в сметах абонентские номера и/или адреса электронной почты принадлежат ему, и соглашается с тем, что он самостоятельно несет риск любых негативных последствий при указании недостоверных (неточных) сведений. Потребитель/Заказчик понимает и соглашается с тем, что передаваемая посредством электронной почты информация направляется ему с использованием открытых (незащищенных) каналов связи.

3.2. Исполнитель обязуется:

3.2.1. Качественно, в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим и иным требованиям, установленным законодательством РФ, в установленные сметой сроки оказать услуги Потребителю *(Пациенту)*.

3.2.2. Выдать установленному сметой лицу и в порядке, установленным сметой, необходимую документацию, в т.ч. Акты об оказании медицинских услуг.

3.3. Исполнитель вправе в случае необходимости привлекать Соисполнителей для оказания услуг Потребителю.

4. Порядок расчетов

4.1. Стоимость услуг определяется на основании прайс-листа, действующего на момент подписания Потребителем (Заказчиком) сметы. Стоимость услуг Исполнителя указывается в смете, в Акте об оказании медицинских услуг и в кассовом чеке, выдаваемом Потребителю. Стоимость медицинских услуг не облагается НДС в соответствии с пп. 2 п. 2 ст. 149 Налогового кодекса РФ.

4.2. Потребитель (Заказчик) осуществляет оплату услуг до начала их оказания наличными денежными средствами или с использованием платёжных банковских карт, либо путём погашения Потребителем или Заказчиком документа, выпущенного в подтверждение предварительной оплаты услуг. Оплата услуг Потребителем или Заказчиком посредством погашения документа, выпущенного в подтверждение предварительной оплаты услуг, допускается в случаях и порядке, предусмотренных документом и правилами его обращения.

5. Прочие условия

5.1. Стороны согласились, что при заключении и исполнении Договора они вправе пользоваться электронной подписью, факсимильным воспроизведением подписи с помощью средств механического и иного копирования, либо иного аналога собственноручной подписи.

5.2. За частичное или полное неисполнение Договора Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством РФ. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя *(Пациента)* в результате предоставления некачественной услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ.

5.3. Споры между Сторонами решаются в порядке, установленном Правилами.

5.4. Подписанием Договора (неприменимо при заключении договора с лицом, не обладающим полной дееспособностью, и, действующим при заключении Договора от своего имени)[5]

Потребитель[3] ☐ **соглашается** ☐ **не соглашается**

получать распространяемые Исполнителем (и/или третьими лицами, привлекаемыми ими для распространения) рекламные и/или иные информационные материалы (в том числе приглашения на участие в клинических исследованиях лекарственных препаратов, маркетинговых исследованиях) (далее – материалы) (представленные в виде СМС- /e-mail-сообщений, иной объективной форме), в том числе с использованием сетей связи, сетей подвижной радиотелефонной связи посредством абонентских номеров и/или электронной почты, указанных Потребителем *(Пациентом)* в Договоре и/или в сметах. Выражая согласие на получение материалов, Потребитель *(Пациент)* соглашается на предоставление информации о факте дачи им такого согласия третьим лицам, привлекаемым для распространения материалов (в том числе операторам связи), и/или уполномоченным государственным (муниципальным) органам

власти, в целях подтверждения данного факта, что повлечет предоставление вышеуказанным лицам документального подтверждения дачи настоящего согласия.

Подписанием Договора Потребитель *(Пациент)* подтверждает, что им проверено поле, отмеченное в настоящем пункте Договора, в пункте отмечено действительное волеизъявление Потребителя *(Пациента)*.

5.5. Одновременно с подписанием Договора Потребитель *(Пациент)* предоставляет Исполнителю согласие на осуществление обработки персональных данных Потребителя *(Пациента)* в порядке и на условиях, определенных согласием на обработку персональных данных, являющемся приложением № 1 к Договору и его неотъемлемой частью.

Потребителю *(Пациенту)* разъяснены юридические последствия отказа предоставить персональные данные и дать согласие на обработку персональных данных, в том числе невозможность оказания Исполнителем услуг по Договору – в связи с необходимостью привлечения Исполнителем третьих лиц (Соисполнителей) для выполнения своих обязательств по Договору.

5.6. Исполнитель представляет Потребителю письменные Акты об оказании медицинских услуг по настоящему Договору. Подписываемые Сторонами Акты об оказании медицинских услуг являются подтверждением оказания услуг Исполнителем Потребителю. Акты об оказании медицинских услуг представляются Исполнителем после оказания медицинских услуг. Потребитель обязуется рассмотреть и подписать Акты об оказании медицинских услуг, представленные Исполнителем, с момента их получения при условии отсутствия у Потребителя каких-либо замечаний к оказанным Исполнителем услугам. При наличии замечаний к оказанным Исполнителем услугам Потребитель указывает об этом в Акте и после устранения Исполнителем всех выявленных замечаний подписывает Акт и передает один экземпляр Исполнителю.

5.7. Исполнитель вправе при желании Потребителя *(Пациента)* предоставить ему дополнительные медицинские услуги на возмездной основе, в этом случае Стороны оформляют предоставление дополнительных услуг путём оформления новой сметы к Договору до оказания услуг. Исполнитель всегда осуществляет предварительное предупреждение пациента и/или заказчика о платных услугах, не предусмотренных договором.

6. Заключительные положения

6.1. Договор составлен в количестве экземпляров, соответствующих количеству Сторон Договора, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для Потребителя *(Пациента)* и или Заказчика и Исполнителя, вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует в течение 10 (десять) лет.

6.2. Изменение и расторжение Договора возможны по соглашению Сторон, если иное не предусмотрено Правилами и законодательством РФ. Соглашение об изменении или о расторжении Договора совершается в той же форме, что и Договор, если из законодательства РФ, Договора не вытекает иное. В случае отказа потребителя и (или) заказчика после заключения договора от получения платных медицинских услуг договор прекращается, при этом потребитель и (или) заказчик оплачивают исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.3. Потребитель *(Пациент*) подтверждает, что до заключения Договора он в письменной форме уведомлен Исполнителем, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услугу), назначенного режима лечения (граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации), может снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя *(Пациента)*.

6.4. Потребитель *(Пациент)* подтверждает, что при заключении Договора ему предоставлена Исполнителем в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

6.5. ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель: ООО _____ ОГРН _____ ИНН _____ КПП _____. Телефон: _____,
сайт: http://www.pmedica.ru, email: info@pmedica.ru
Директор ООО _____.

Потребитель[4]_____

(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения: _____Данные документа, удостоверяющего личность: Паспорт[8] _____,

серия номер

выданный _____ года, код подразделения: _____

Адрес места жительства: _____

Телефон: _____ e-mail: _____ _____

(подпись)

Сведения о Законном представителе (Представителе) Потребителя:_____

Дата рождения: _____Данные документа, удостоверяющего личность: Паспорт[8] _____,

серия номер

выданный _____ года, код подразделения: _____

Документ, подтверждающий полномочия на заключение договора:_____ наименование, номер_____ дата_____,

кем выдан_____, адрес места жительства: _____

Телефон: _____ e-mail: _____ _____

(подпись)

Сведения о Заказчике (для физлица — Ф.И.О., адрес, телефон и документ; для организации — наименование, адрес, ОГРН, ИНН, а также должность подписанта): _____

_____

_____

Телефон: _____ e-mail: _____

_____

(подпись)

---

[1] Перечень услуг, оказываемых по конкретному адресу, определяется лицензией на осуществление медицинской деятельности.

[2] Читать: «Потребитель», если Пациент указан в Договоре и является лицом, достигшим возраста 15 лет (16 лет, если лицо является больным наркоманией).

[3] Заполняется Представителем в случаях, когда Потребитель является законным представителем Пациента.

[4] Заполняется, если Потребитель указан в Договоре и достиг возраста 18 лет, либо приобрел дееспособность в полном объеме (НЕ заполняется в случае, если Договор заключается непосредственно с несовершеннолетним физическим лицом, достигшим на момент заключения Договора возраста 16 лет, но не приобретшим дееспособность в полном объеме (не достигшим возраста 18 лет; не приобретшим дееспособность в полном объеме в связи с вступлением в брак; не объявленным полностью дееспособным (эмансипированным)), действующим при заключении Договора от своего имени, пациент в последнем случае фигурирует по тексту Договора как Заказчик и может выступать стороной Договора только при заказе услуг в отношении себя лично (как потребитель, в отношении которого осуществляется оказание платных медицинских услуг по заключенному Договору).

[5] Условия Договора НЕ применяются в случае, если Договор заключен непосредственно с несовершеннолетним физическим лицом, достигшим на момент заключения Договора возраста 16 лет, но не приобретшим дееспособность в полном объеме (не достигшим возраста 18 лет; не приобретшим дееспособность в полном объеме в связи с вступлением в брак; не объявленным полностью дееспособным (эмансипированным).

[6] Исполнитель вправе по своему усмотрению в Правилах ограничивать перечень услуг, доступный для заказа несовершеннолетним физическим лицам, достигшим на момент заключения Договора возраста 16 лет, но не приобретших дееспособность в полном объеме (не достигших возраста 18 лет; не приобретших дееспособность в полном объеме в связи с вступлением в брак; не объявленных полностью дееспособными (эмансипированными)) и заключивших Договор от своего имени.

[7] Включая в применимых случаях Правила оказания платных медицинских услуг на анонимной основе, размещенных на сайте и в медофисах Исполнителя.

[8] Следует учитывать, что исходя из закрепленного частью 2 статьи 20 Федерального закона N 323-ФЗ права родителей и иных законных представителей давать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении несовершеннолетних, не достигших возраста15 лет (16 лет, если лицо является больным наркоманией), при даче информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство может потребоваться предъявление паспорта пациента для определения его возраста, а также предъявление документа, подтверждающего статус законного представителя несовершеннолетнего, которому предполагается оказание медицинской услуги.

Приложение №1
к Договору на оказание услуг от _____ 202__ г.

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Дата подписания согласия: _____ _____20__ г.

Во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»,

я, _____
(фамилия, имя, отчество [при наличии])

документ, удостоверяющий личность: ☐ паспорт гражданина Российской Федерации ☐ иной документ: _____

серия _____ номер _____ дата выдачи _____ г. код подразделения _____

выдан _____

адрес места жительства: Адрес _____

☐ **именуемый(-ая) в дальнейшем «субъект персональных данных»/«субъект» и действующий(-ая) от своего имени**

☐ **именуемый(-ая) в дальнейшем «представитель субъекта персональных данных (субъекта)» и действующий(-ая) от имени** [1]

_____
(фамилия, имя, отчество [при наличии])

документ, удостоверяющий личность: ☐ паспорт гражданина Российской Федерации ☐ иной документ: _____

серия _____ номер _____ дата выдачи _____ г. код подразделения _____

выдан _____

адрес места жительства: Адрес _____

именуемого(-ой) в дальнейшем «субъект персональных данных»/«субъект»,

на основании _____
(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия)

даю согласие на обработку моих персональных данных, а также персональных данных субъекта (далее также – ПД) **ООО** _____ (далее – **оператор**), адрес юридического лица: _____, в целях:

– в целях предоставления услуг (как перечисленных в сметах, так и тех, которые могут быть предоставлены мне/субъекту в будущем), в том числе уточнения сотрудником оператора сведений, необходимых для оказания услуг, предусмотренных сметами;
– поддержания/повышения качества, удобства и/или доступности услуг, в том числе организации электронного документооборота;
– информирования (распространения информации) об услугах/товарах, предлагаемых оператором и/или его партнерами, рекламы поименованных услуг/товаров, в том числе с применением методов таргетинга и профайлинга;
– приглашения к участию в клинических исследованиях лекарственных препаратов;
– приглашения к участию в маркетинговых исследованиях;
– реализации маркетинговых программ (программ лояльности / поощрения постоянных потребителей) и иных мероприятий оператора, направленных на привлечение, удержание и поощрение потребителей (далее – маркетинговая программа).

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие оператору:

- о состоянии моего здоровья/здоровья субъекта (в том числе сведения о факте обращения за медицинской помощью);
- сведения, характеризующие меня/субъекта как субъекта гражданских правоотношений (Ф.И.О., дата рождения, место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства, дата регистрации по месту жительства, номер банковской карты, и т. д.);
- иные сведения, сообщенные обо мне/о субъекте в Договоре и (или) смете и (или) дополнительных документах, подписываемых мной/субъектом (в том числе номер телефона, адрес электронной почты, номер страхового полиса, пол, СНИЛС);

дополнительно для участников маркетинговых программ:

- сведения о приобретённых участником маркетинговой программы услугах, начисленных участнику маркетинговой программы бонусах / предоставленных скидках;
- иные сведения, полученные об участнике маркетинговой программы в ходе ее реализации.

Перечень действий с персональными данными (способов обработки персональных данных), на совершение которых я даю согласие оператору:
а) сбор, запись, систематизация, накопление, уточнение ПД, в том числе:
■ внесение в автоматизированные системы хранения и обработки данных, используемые оператором (в том числе путем считывания информации с магнитной ленты банковской карты субъекта);
■ внесение данных субъекта в сметы и/или иные документы, используемые оператором для оказания услуг или реализации маркетинговой программы (для участников маркетинговой программы);
■ аудио и видеозапись приема в ООО "ПРОМЕДИКА". Потребитель (Пациент) осознает, что эта запись будет использоваться исключительно в целях документирования медицинского осмотра, обеспечения качества медицинской помощи и обучения медицинского персонала. Потребитель (Пациент) понимает, что эта запись будет рассматриваться как конфиденциальная информация и будет соблюдаться согласно действующим нормам и требованиям обеспечения конфиденциальности медицинской информации. Потребитель (Пациент) понимает, что имеет право отозвать свое согласие на проведение аудио и видеозаписи в любой момент, уведомив об этом медицинский персонал. Отзыв согласия не будет влиять на обеспечение качества медицинской помощи. Потребитель (Пациент) подтверждает, что ему достаточно времени для ознакомления с этим заявлением и он полностью понимает его содержание.
б) хранение ПД (как на бумажных носителях, так и/или с использованием автоматической системы хранения и обработки данных);
в) использование ПД в вышеуказанных целях (в том числе в целях уточнения сотрудником оператора сведений, необходимых для оказания услуг, посредством телефонной связи; продвижения товаров, работ и услуг на рынке (если дано согласие на получение рекламных и/или иных информационных материалов в Договоре) путём осуществления рассылок (в том числе СМС-рассылок) и/или иными способами с использованием и/или без использования сетей подвижной радиотелефонной связи и/или иных сетей связи и/или исключительно автоматизированной обработки ПД (автоматизированная обработка ПД осуществляется оператором с использованием средств вычислительной техники, осуществляющей на основании совокупности внесенной информации принятие решений, например, об идентификации субъекта и/или размере начисляемого бонуса / предоставляемой скидки));
г) предоставление ПД указанным в подпункте «д» третьим лицам, привлечённым оператором к исполнению договора (при условии соблюдения режима конфиденциальности), реализации маркетинговой программы (для участников маркетинговой программы), выполнению оператором иных обязательств, принятых на себя в рамках Договора и/или проводимых оператором мероприятий, направленных на продвижение (рекламу) товаров, работ и услуг на рынке, поддержание / повышение качества, удобства и/или доступности услуг в целом, проведению маркетинговых исследований, а также операторам связи, лицам, осуществляющим обработку оплаты по Договору, совершенной с использованием платёжных банковских карт, операторам платежных систем, при условии, что таковое не нарушает законные права и интересы субъекта и положения законодательства Российской Федерации, а равно предоставление ПД лицу, осуществляющему оплату медицинских услуг по Договору (в случае если оплата медицинских услуг по Договору осуществляется за меня/субъекта юридическим лицом/индивидуальным предпринимателем);
д) поручение обработки ПД третьим лицам, привлечённым оператором к исполнению договора, как определено в подпункте «г» (при условии соблюдения режима конфиденциальности), при условии, что таковое не нарушает законные права и интересы субъекта и положения законодательства РФ, в том числе следующим третьим лицам и операторам связи:
1) ООО «Современная диагностика» (ИНН 3123335179, 308000, БЕЛГОРОДСКАЯ ОБЛАСТЬ, БЕЛГОРОД ГОРОД, БЕЛГОРОДСКИЙ ПРОСПЕКТ, 77)
2) ООО «Компасмед» (ИНН 4634013600, 307251, Курская обл., г. Курчатов, ул. Гайдара, зд. 3А, помещ. 8)

3) Индивидуальный предприниматель Гайсин Камиль Рафаэлевич (ИНН 165620352490, 420030, Татарстан Респ, г Казань, ул Серп и Молот, д. 26)
4) ООО «ЭЛНЕТМЕТ» (ИНН 7842529670, 191015, г. Санкт-Петербург, вн. тер. г. муниципальный округ Смольнинское, пер. Фуражный, д. 3, литера К, помещ. 33Н (Ч.П. 9), офис 413)
е) извлечение, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение ПД.

Срок действия согласия на обработку персональных данных: в течение десяти лет с даты подписания согласия и Договора или в течение срока участия в маркетинговых программах (для участников маркетинговых программ). Отозвать согласие на обработку персональных данных в любой момент возможно путем предоставления в медицинском офисе оператора запроса на отзыв согласия субъекта на обработку его персональных данных. Запрос должен содержать номер основного документа, удостоверяющего личность субъекта или его представителя, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, сведения, подтверждающие участие субъекта в отношениях с оператором (дата заключения Договора), либо сведения, иным образом подтверждающие факт обработки ПД оператором, подпись субъекта или его представителя.

Я/субъект уведомлен о том, что:
1. Я/субъект вправе:
■ заявить возражения против решения оператора, принятого им на основании исключительно автоматизированной обработки ПД;
■ обжаловать действия или бездействия оператора в уполномоченный орган или в судебном порядке;
■ защищать свои права и законные интересы, в том числе требовать возмещения убытков и компенсации морального вреда, в суде;
■ в любой момент отказаться от получения материалов, распространяемых оператором в соответствии с согласием субъекта, путём направления оператору (по адресу, указанному в Договоре) соответствующего обращения;
■ в любой момент отказаться от участия в маркетинговой программе (для участников маркетинговой программы, в этом случае прекращается обработка ПД субъекта, связанных с реализацией участия субъекта в маркетинговой программе):
• отказ оформляется участником по форме, установленной организатором маркетинговой программы, с которой можно ознакомиться в медицинских офисах организатора маркетинговой программы/оператора или партнёров маркетинговой программы (далее – медицинский офис), и представляется в письменном виде в медицинский офис с предъявлением документа, удостоверяющего личность участника;
• участие участника в маркетинговой программе прекращается в течение 10 (десяти) рабочих дней, следующих за днем получения организатором маркетинговой программы/оператором или партнёром маркетинговой программы письменного отказа от участника;
• следствием прекращения участия участника в маркетинговой программе являются: закрытие и блокировка бонусного счёта участника, аннулирование начисленных участнику бонусов без возможности восстановления, утрата участником права на использование бонусов.
2. Оператор вправе принимать решение на основании исключительно автоматизированной обработки ПД об идентификации субъекта в системе учёта предоставляемых оператором услуг, в том числе в целях реализации мероприятий оператора, направленных на поощрение потребителей услуг оператора (предоставления скидок и т. д.).

Субъект персональных данных (представитель субъекта персональных данных):

подпись	расшифровка подписи (инициалы и фамилия)

[1] Условия Приложения №1 к Договору НЕ применяются (в части, информирования (распространения информации) об услугах/товарах, предлагаемых оператором и/или его партнерами, рекламы поименованных услуг/товаров, в том числе с применением методов таргетинга и профайлинга; приглашения к участию в маркетинговых исследованиях; продвижения товаров, работ и услуг на рынке путём осуществления рассылок (в том числе СМС-рассылок)) в случае, если Договор заключен и согласие на обработку персональных данных предоставлено (подписано) непосредственно несовершеннолетним физическим лицом, достигшим на момент заключения Договора/предоставления согласия на обработку персональных данных возраста 16 лет, но не приобретшим дееспособность в полном объеме (не достигшим возраста 18 лет; не приобретшим дееспособность в полном объеме в связи с вступлением в брак; не объявленным полностью дееспособным (эмансипированным)).

Промедика | Медицинский центр

ООО "ПРОМЕДИКА"
ИНН 3123335299
г. Белгород, ул Щорса, д. 48а
+74722331771
info@pmedica.ru

Информированное добровольное согласие пациента на получение платных медицинских услуг

Я, [Ф. И. О.] [число, месяц, год] рождения, зарегистрированный по адресу: [указать адрес] в соответствии с положениями статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ООО «_____».

Я ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 30 мая 2026 г. № 659, и действующим прейскурантом цен на медицинские услуги в ООО «_____».

Мне разъяснено и понятно мое право на получение соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Мне разъяснены в доступной для меня форме цели, медицинские мероприятия, проводимые в рамках предоставления платных медицинских услуг, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я получил информацию об альтернативных методах обследования (лечения), а также об их примерной стоимости.

Мне предоставлена информация о:

перечне предоставляемых платных медицинских услуг с учетом номенклатуры медицинских услуг, с указанием цен в рублях; сроках ожидания медицинской помощи, оказываемой без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы; стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги; медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и о квалификации; графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг; образце договора; перечне категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечне льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления исполнителем; адресе и номере телефона учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Мне разъяснено, платные медицинские услуги предоставляются с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба потребителя оформляется в форме письменного согласия заказчика (в случае если в соответствии с договором заказчик заказывает или приобретает платные медицинские услуги для себя) или в форме письменного согласия потребителя и заказчика (в случае если договор заключен заказчиком в пользу потребителя).

Я проинформирован и понимаю, что обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период моей временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации.

Я уведомлен и понимаю, что несоблюдение назначений (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я изъявляю желание заключить договор на предоставление платных медицинских услуг с ООО «_____»

Аудио- и/или видеозапись медицинского приема. Мне разъяснено, что в целях документирования приема, внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи, рассмотрения обращений и защиты законных интересов пациента и медицинской организации может осуществляться аудио- и/или видеозапись. Такая запись может содержать персональные данные, сведения о состоянии здоровья и врачебную тайну; доступ к ней предоставляется только уполномоченным лицам в пределах установленных целей. Я вправе отказаться от записи или отозвать согласие на нее; отказ от записи сам по себе не является основанием для отказа в медицинской помощи.

Волеизъявление пациента: ☐ согласен(на) на аудиозапись ☐ согласен(на) на видеозапись ☐ не согласен(на) на аудио-/видеозапись

Использование записи в учебных, научных, рекламных, публичных и иных целях, выходящих за рамки оказания медицинской помощи и внутреннего контроля качества, допускается только при наличии отдельного законного основания и, когда это требуется законом, отдельного согласия пациента.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти:

_____ телефон _____

Ф.И.О

_____ _____

подпись расшифровка подписи (инициалы и фамилия)