

**Договор №**  
**на оказание платных медицинских услуг**

г. Балашиха

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 г.

ООО «МЦ «Доктор Боголюбов», именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице Генерального директора Коробова Д.В., действующего на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем **«Заказчик/Законный представитель потребителя»**, с другой стороны, вместе именуемые **«Стороны»**, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. По настоящему Договору **Исполнитель** обязуется оказать \_\_\_\_\_,

---

именуемому (ой) в дальнейшем **Потребитель**, на возмездной основе медицинские услуги по наименованию, стоимости и в сроки, указанные в приложении (ях), которое (ые) являются неотъемлемой частью договора, а **Заказчик/Законный представитель потребителя** обязуется оплатить медицинские услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором и приложениями к нему. В случае, если **Заказчик** одновременно является **Потребителем**, далее по тексту договора он именуется **Потребитель**.

1.2. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке федеральными органами исполнительной власти.

1.3. Медицинские услуги предоставляются в следующих объемах:

- в полном объеме стандарта медицинской помощи;
- по просьбе **Потребителя, Заказчика/Законного представителя** в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.4. Медицинская помощь, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации, организуется и оказывается в соответствии с: положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти; в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями; на основе клинических рекомендаций; с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

1.5. Целью оказания медицинских услуг является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний, либо состояния пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни.

**2. Условия и порядок оказания услуг**

**Исполнитель** осуществляет свою деятельность на основании лицензии Л041-01162-50/00369587 от 25.04.2019, выданной Министерством здравоохранения Московской области, адрес: Московская область, г. Красногорск-7, бульвар Строителей, д. 1, тел. +7 (498) 602-03-03, на осуществление медицинской деятельности, которой определен перечень медицинских услуг таких, как:

при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), лечебному делу, сестринскому делу в косметологии, сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), общей врачебной практике (семейной медицине); при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: детской кардиологии, детской урологии-андрологии, диабетологии, диетологии, нефрологии, профпатологии, психиатрии, рефлексотерапии, стоматологии общей практики, фтизиатрии, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), травматологии и ортопедии, управлению сестринской деятельности, челюстно-лицевой хирургии, хирургии, хирургии (абдоминальной), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности). При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием. При осуществлении доврачебной медицинской помощи по: акушерскому делу, анестезиологии и реаниматологии, лабораторной диагностике, медицинскому массажу, операционному делу, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, физиотерапии, функциональной диагностике. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: б) при осуществлении медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов по: акушерству и гинекологии, экспертизе временной нетрудоспособности; в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по: акушерству и гинекологии, аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, детской хирургии, детской эндокринологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, колопроктологии, косметологии (терапевтической), мануальной терапии, медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), неврологии, онкологии, ортодонтии, оториноларингологии, офтальмологии, педиатрии, психиатрии-наркологии, психотерапии, пульмонологии, рентгенологии, стоматологии детской, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, терапии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе профпригодности, эндокринологии, эндоскопии и иные виды медицинских услуг, которые предусмотрены настоящей лицензией.

2.2. Медицинские услуги могут быть оказаны по следующим адресам/местам осуществления лицензируемого вида деятельности и в соответствии с тем перечнем медицинских услуг, который указан в лицензии:

- 143909, Московская область, г. Балашиха, ул. Звездная, д. 7, корп. 1.;
- 143909, Московская область, г. Балашиха, ул. Твардовского, д. 37, пом. 004;
- 143909, Московская область, г. Балашиха, мкр. Янтарный, ул. Кольцевая, д. 4/2, пом. 327;
- 143907, Московская область, г. Балашиха, проспект Ленина, д. 32Д, пом. 368 и пом. 386;
- 143907, Московская область, г. Балашиха, ул. Дмитриева, д. 18, пом. 1, пом. 2; пом. 4;
- 143908, Московская область, г. Балашиха, ул. Реутовская, д. 6, пом. 1, 3, 4.
- 143909, Московская область, г. Балашиха, ул. Яганова, д. 9, пом. 5.

### 3. Права и обязанности сторон

#### 3.1 Исполнитель обязуется:

3.1.1. Обеспечить безопасность и качество оказываемых медицинских услуг, с учетом соблюдения требований, предъявляемых к методам диагностики, лечения и профилактики, использованию медицинских технологий, лекарственных препаратов, разрешенных к применению на территории Российской Федерации, в установленном порядке.

3.1.2. Предоставлять медицинские услуги при наличии информированного добровольного согласия **Потребителя (законного представителя потребителя)**, за исключением случаев, когда допускается отсутствие согласия на медицинское вмешательство в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.1.3. Предоставлять медицинские услуги в соответствии с утвержденным режимом работы.

3.1.4. Предоставить **Потребителю (законному представителю потребителя)** в доступной для него форме информацию о состоянии здоровья пациента, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению; о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; свободное ознакомление с медицинской документацией в соответствии с установленным порядком, а также другие сведения, относящиеся к предмету договора.

3.1.5. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, **Исполнитель** обязан предупредить об этом **Потребителя (Заказчика/Законного представителя потребителя)**.

3.1.6. Без согласия **Потребителя (Заказчика/Законного представителя потребителя)**, **Исполнитель** не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3.1.7. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг, по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обостренных хроническими заболеваниями, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом № 323 - ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан РФ».

3.1.8. По факту оказанных услуг выдать Потребителю/Законному представителю потребителя документ (заключение), отражающий состояние здоровья.

**Потребитель (Законный представитель потребителя) обязуется:**

3.2.1. Информировать **Исполнителя** обо всех известных ему аллергических реакциях на лекарственные препараты, о перенесенных заболеваниях и возникших вследствие этого осложнениях, травмах, хронических заболеваниях, а также иную информацию, имеющую существенное значение для оказания медицинских услуг.

3.2.2. Выполнять указания (рекомендации) **Исполнителя**.

3.2.3. Соблюдать Правила внутреннего распорядка ООО «МЦ «Доктор Боголюбов».

3.2.4. Информировать **Исполнителя** о необходимости отмены или изменения назначенного ему времени для получения медицинской услуги в случае невозможности явиться в назначенное время.

3.2.5. Ознакомиться с Прейскурантом цен на медицинские услуги, действующим на момент заключения договора, утвержденным **Исполнителем**.

3.2.6. Соблюдать нормы Федерального закона от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», которым предусмотрен запрет курения табака на территории и в помещениях, предназначенных для оказания медицинских услуг.

3.2.7. Бережно относиться к имуществу **Исполнителя**.

3.2.8. Включая **Заказчика**, своевременно и в полном объеме оплачивать оказанные **Исполнителем** медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора и приложениями к нему.

**Исполнитель вправе:**

3.3.1. Получать от **Потребителя (Заказчика/Законного представителя потребителя)** любую информацию, необходимую для оказания медицинских услуг.

3.3.2. Своевременно и в полном объеме получать оплату за медицинские услуги в порядке и на условиях настоящего договора.

3.3.3. Отказаться от предоставления медицинских услуг в следующих случаях:

- несоблюдение **Потребителем (законным представителем потребителя)** полученных рекомендаций и правил подготовки к оказанию медицинских услуг;

- неявка **Потребителя (законного представителя потребителя)** в назначенное место и время для оказания медицинских услуг.

3.3.4. Прервать прием для проведения мероприятий с целью сохранения жизни и здоровья пациенту.

3.3.5. Перенести время приема на более позднее или иную дату в случаях, предусмотренных правилами внутреннего распорядка ООО «МЦ «Доктор Боголюбов».

**Потребитель (законный представитель потребителя) вправе:**

3.4.1. Получить полную и всесторонне достоверную информацию о предоставляемых медицинских услугах, о порядке их предоставления.

3.4.2. Отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.4.3. Получить иную медицинскую услугу, не предусмотренную приложением, в соответствии с действующим «Прейскурантом цен на медицинские услуги»

**Исполнителя,** при этом стоимость оказанных медицинских услуг, не входящих в приложение, будет удержана из поступившей суммы авансового платежа.

3.4.4. Увеличить количество необходимых медицинских услуг, указанных в приложении, при этом стоимость оказанных медицинских услуг будет удержана из поступившей суммы авансового платежа.

#### 4. Порядок расчетов

4.1. Стоимость медицинских услуг определяется «Прейскурантом цен на медицинские услуги» (с указанием цен в рублях) и устанавливается приложениями, которые являются неотъемлемой частью настоящего договора. **Исполнитель** при каждом обращении **Потребителя (Законного представителя потребителя)** оформляет Перечень медицинских услуг, подлежащих оказанию **Потребителю.** Наличие подписи **Потребителя (Законного представителя потребителя)** в Перечне медицинских услуг обязательно.

4.2. **Потребитель (Заказчик/Законный представитель потребителя)** подтверждает, что на момент подписания настоящего договора **Исполнитель** уведомил **Потребителя (Заказчика/Законного представителя потребителя)** о порядке оплаты медицинских услуг, а именно: по выбору **Потребителя (Заказчика/Законного представителя потребителя)** оплата может осуществляться, как по факту оказанных медицинских услуг, так и путем предоплаты. При заключении настоящего договора **Потребитель (Заказчик/Законный представитель потребителя)** согласен оплатить **Исполнителю** стоимость медицинских услуг, указанную в приложении к договору, до их оказания посредством наличного или безналичного расчета в соответствии с законодательством Российской Федерации. **Потребителю (Заказчику/Законному представителю)** в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату.

4.3. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию **Потребителя (Заказчика/Законного представителя потребителя)** или **Исполнителя** является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора.

#### 5. Срок действия договора.

##### Порядок изменения и расторжения договора

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течение 1 года. В случае, если ни одна из сторон за 30 календарных дней до окончания срока действия договора письменно не уведомит другую сторону о его прекращении, срок действия договора продлевается на следующий календарный год. Количество пролонгаций не ограничено. Стороны согласовали, что в случае изменения условий договора, в том числе и в его части, стороны заключают договор в новой редакции, не противоречащей законодательству Российской Федерации.

5.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору вносятся по соглашению сторон и оформляются дополнительным соглашением к Договору в письменной форме.

5.3. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут сторонами в период его действия на основании письменного соглашения. Обязательства сторон по настоящему договору считаются измененными или прекращенными с момента подписания соглашения об изменении или расторжении настоящего договора.

5.4. В случае отказа **Потребителя (Заказчика/Законного представителя потребителя)** после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. **Исполнитель** информирует **Потребителя (Заказчика/Законного представителя потребителя)** о расторжении договора по инициативе **Потребителя (Заказчика/Законного представителя потребителя)**, при этом **Потребитель (Заказчик/Законный представитель потребителя)** оплачивает **Исполнителю** фактически понесенные **Исполнителем** расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5.5. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у **Исполнителя**, второй – **Потребителя**, третий – у **Заказчика**. В случае, если договор заключается между **Потребителем** и **Исполнителем**, он составляется в 2-х экземплярах. В случае, если договор заключается между **Исполнителем** и **Законным представителем потребителя**, он составляется в 2-х экземплярах.

## 6. Ответственность сторон и порядок разрешения споров

6.1. Стороны отвечают за неисполнение или ненадлежащее исполнение взятых на себя обязательств в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

6.3. Исполнитель не несет ответственность за результат оказания медицинских услуг в случае несоблюдения **Потребителем (Заказчиком/Законным представителем потребителя)** рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий.

6.4. За нарушение срока оказания услуги **Исполнитель** обязан выплатить **Потребителю (Заказчику/Законному представителю потребителя)** неустойку в размере, установленном в Законе «О защите прав потребителей».

6.5. Все споры и разногласия между сторонами по настоящему Договору решаются: путем переговоров, направления письменной претензии, а в случае не достижения согласия - в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, в том числе с законом «О защите прав потребителей». Все споры рассматриваются судом: 1) по месту нахождения **Исполнителя**; 2) по месту жительства (пребывания) **Потребителя**; 3) по месту Исполнения Договора.

## 7. Конфиденциальность

7.1. Информация о факте обращения **Потребителя** за медицинской помощью, о состоянии здоровья **Потребителя** и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

7.2. Информация, содержащаяся в медицинских документах **Потребителя**, может предоставляться **Исполнителем** без согласия **Потребителя** только в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.3. **Потребитель (Заказчик/Законный представитель потребителя)** в рамках настоящего договора дает свое согласие на получение смс уведомления:

- о времени приема врача, к которому предварительно была произведена запись на прием;
- об изменении времени приема и т.п., за исключением информации, которая подпадает под действие Федерального закона от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе».

## 8. Заключительные положения

8.1. **Потребитель, Заказчик/Законный представитель потребителя** подтверждает, что на момент подписания настоящего договора **Исполнитель:**

- ознакомил его с действующим в ООО «МЦ «Доктор Боголюбов» «Прейскурантом цен на платные медицинские услуги»;
- ознакомил его с Правилами внутреннего распорядка ООО «МЦ «Доктор Боголюбов»;
- уведомил его 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;
- уведомил о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) **Исполнителя**, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

8.2. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписью и факсимиле подписи.

## 9. Адреса и реквизиты сторон

<b>Исполнитель</b>	<b>Потребитель</b>	<b>Заказчик (Законный Представитель потребителя)</b>
ООО «МЦ «Доктор Боголюбов»	Ф.И.О:	Ф.И.О:

Юридический адрес: 143909, Московская область, г. Балашиха, ул. Звездная, д. 7, корп.1, пом. 2069 Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 50 № 005216253 от 20.05.2003, ОГРН 1035000713440, выдано Инспекцией МНС России по г. Балашихе Московской области	Адрес места жительства: СНИЛС:	Адрес места жительства: СНИЛС:
Телефон: 8 (495) 745-65-03	Телефон:	Телефон:

\_\_\_\_\_ /Д.В. Коробов

подпись

ф.и.о.

/

подпись

ф.и.о.

/

подпись

ф.и.о.

М.П.



**СОГЛАСИЕ**  
**потребителя (пациента) на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество полностью)

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
(адрес проживания)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и с целью соблюдения Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», постановления Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и иных нормативных правовых актов Российской Федерации; локальных нормативных актов ООО «МЦ «Доктор Боголюбов», обязательств, предусмотренных договором оказания платных медицинских услуг, заключаемых с ООО «МЦ «Доктор Боголюбов», даю свое согласие ООО «МЦ «Доктор Боголюбов» (ОГРН 1035000713440, ИНН 5001041721), зарегистрированному по адресу: 143900, Московская обл., г. Балашиха ул. Звездная, д. 7 корп. пом. 2069 (далее – Оператор), на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, год, месяц, дата и место рождения; СНИЛС, реквизиты полиса ДМС, адрес фактического места проживания, электронный адрес, номера телефонов, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях, включая, но не ограничиваясь, данные о состоянии моего здоровья, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим работникам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных потребителя (пациента);
2. Обработка моих персональных данных, защищенных в установленном порядке.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично посредством составления письменного заявления, которое может быть направлено мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты. По истечении срока хранения моих персональных данных, Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

**СОГЛАСИЕ**  
**потребителя (пациента) на обработку персональных данных,**  
**разрешенных субъектом персональных данных для распространения**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество полностью)  
проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
(адрес проживания)

в соответствии с требованиями ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и с целью соблюдения Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Закона РФ от 07.02.1992г. № 2300-1 «О защите прав потребителей», постановления Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и иных нормативных правовых актов Российской Федерации; локальных нормативных актов ООО «МЦ «Доктор Боголюбов», обязательств, предусмотренных договором оказания платных медицинских услуг, заключаемых с ООО «МЦ «Доктор Боголюбов», даю свое согласие ООО «МЦ «Доктор Боголюбов» (ОГРН 1035000713440, ИНН 5001041721), зарегистрированному по адресу: 143900, Московская обл., г. Балашиха ул. Звездная, д. 7 корп. пом. 2069 (далее – Оператор), на распространение моих персональных данных Оператором при условии, что их распространение осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, год, месяц, дата и место рождения; СНИЛС, реквизиты полиса ДМС, адрес фактического места проживания, электронный адрес, номера телефонов, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях, включая, но не ограничиваясь, данные о состоянии моего здоровья, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на хранение и обмен (прием и передачу) моих персональных данных с использованием машинных и иных материальных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Оператор 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).

Сведения об информационных ресурсах Оператора, посредством которых будет осуществляться предоставление доступа неограниченному кругу лиц: <https://bogolubov.center.ru>, медицинские информационные системы (МИС), Единый портал государственных услуг Российской Федерации, по каналу связи с ООО «Лаборатория Гемотест» (ИНН 7709383571, ОГРН 1027709005642), с ООО «Прок-Сервис» (ИНН 7718650375, ОГРН 5077746939353), страховые компании в рамках заключенного договора по ДМС, благотворительные фонды при наличии заключенного договора, медицинские организации с целью оказания медицинской помощи и при наличии заключенного договора, Территориальный орган Росздравнадзора по г. Москве и Московской области, Министерство здравоохранения Московской области, Федеральное бюджетное учреждение науки «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии», Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, организации, проводящие экспертизы по качеству оказанной медицинской помощи.

Передача моих персональных данных иным лицам может осуществляться только с моего письменного согласия.

Иные условия и запреты на обработку вышеуказанных персональных данных в соответствии с ч. 9 ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» не устанавливаю.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты. По истечении срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично посредством составления письменного заявления, которое может быть направлено мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме или до истечения срока хранения персональных данных, предусмотренных настоящим согласием.

\_\_\_\_\_ /  
(дата)

\_\_\_\_\_ /  
(подпись)

\_\_\_\_\_ /  
(расшифровка подписи)

**СОГЛАСИЕ**  
**законного представителя потребителя (пациента) на обработку персональных данных**

Я \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество полностью)  
проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_,  
(адрес проживания)  
действующий (ая), как законный представитель в интересах потребителя (пациента) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью, дата рождения)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и с целью соблюдения Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», постановления Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и иных нормативных правовых актов Российской Федерации; локальных нормативных актов ООО «МЦ «Доктор Боголюбов», обязательств, предусмотренных договором оказания платных медицинских услуг, заключаемых с ООО «МЦ «Доктор Боголюбов», **даю свое согласие** ООО «МЦ «Доктор Боголюбов» (ОГРН 1035000713440, ИНН 5001041721), зарегистрированному по адресу: 143900, Московская обл., г. Балашиха ул. Звездная, д. 7 корп. пом. 2069 (далее – Оператор), на обработку моих и потребителя (пациента), законным представителем которого я являюсь, персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, год, месяц, дата и место рождения; СНИЛС, реквизиты полиса ДМС, адрес фактического места проживания, электронный адрес, номера телефонов, данные о состоянии здоровья потребителя (пациента), его заболеваниях, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях, включая, но не ограничиваясь, данные о состоянии здоровья, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи потребителю (пациенту), я, как законный представитель потребителя (пациента), предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные потребителя (пациента), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим работникам Оператора в интересах обследования и лечения потребителя (пациента).

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Передача моих и потребителя (пациента), законным представителем которого я являюсь, персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я согласен (а) со следующими действиями с моими и потребителя (пациента), законным представителем которого я являюсь, персональными данными:

1. Обработка персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных потребителя (пациента);
2. Обработка персональных данных, защищенных в установленном порядке.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично посредством составления письменного заявления, которое может быть направлено мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты. По истечении срока хранения моих персональных данных, Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

**СОГЛАСИЕ**  
**законного представителя потребителя (пациента) на обработку персональных данных,**  
**разрешенных субъектом персональных данных для распространения**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество полностью)

проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_,  
(адрес проживания)

действующий (ая), как законный представитель в интересах потребителя (пациента) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество полностью, дата рождения)

в соответствии с требованиями ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и с целью соблюдения Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Закона РФ от 07.02.1992г. № 2300-1 «О защите прав потребителей», постановления Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и иных нормативных правовых актов Российской Федерации; локальных нормативных актов ООО «МЦ «Доктор Боголюбов», обязательств, предусмотренных договором оказания платных медицинских услуг, заключаемых с ООО «МЦ «Доктор Боголюбов», **даю свое согласие** ООО «МЦ «Доктор Боголюбов» (ОГРН 1035000713440, ИНН 5001041721), зарегистрированному по адресу: 143900, Московская обл., г. Балашиха ул. Звездная, д. 7 корп. пом. 2069 (далее – Оператор), на распространение моих и потребителя (пациента), законным представителем которого я являюсь, персональных данных Оператором при условии, что их распространение осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, год, месяц, дата и место рождения; СНИЛС, реквизиты полиса ДМС, адрес фактического места проживания, электронный адрес, номера телефонов, данные о состоянии здоровья потребителя (пациента), его заболеваниях, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях, включая, но не ограничиваясь, данные о состоянии здоровья, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на хранение и обмен (прием и передачу) моих и потребителя (пациента), законным представителем которого я являюсь, персональных данных с использованием машинных и иных материальных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Оператор вправе обрабатывать мои и потребителя (пациента), законным представителем которого я являюсь, персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Сведения об информационных ресурсах Оператора, посредством которых будет осуществляться предоставление доступа неограниченному кругу лиц: <https://bogolubov.center.ru>, медицинские информационные системы (МИС), Единый портал государственных услуг Российской Федерации, по каналу связи с ООО «Лаборатория Гемотест» (ИНН 7709383571, ОГРН 1027709005642), с ООО «Прок-Сервис» (ИНН 7718650375, ОГРН 5077746939353), страховые компании в рамках заключенного договора по ДМС, благотворительные фонды при наличии заключенного договора, медицинские организации с целью оказания медицинской помощи и при наличии заключенного договора, Территориальный орган Росздравнадзора по г. Москве и Московской области, Министерство здравоохранения Московской области, Федеральное бюджетное учреждение науки «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии», Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, организации, проводящие экспертизы по качеству оказанной медицинской помощи.

Передача моих и потребителя (пациента), законным представителем которого я являюсь, персональных данных иным лицам может осуществляться только с моего письменного согласия.

Иные условия и запреты на обработку вышеуказанных персональных данных в соответствии с ч. 9 ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» не устанавливаю.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты. По истечении срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично посредством составления письменного заявления, которое может быть направлено мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме или до истечения срока хранения персональных данных, предусмотренных настоящим согласием.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

**СОГЛАСИЕ**  
**заказчика (физического лица) на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество полностью)

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
(адрес проживания)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и с целью соблюдения Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», постановления Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и иных нормативных правовых актов Российской Федерации; локальных нормативных актов ООО «МЦ «Доктор Боголюбов», обязательств, предусмотренных договором оказания платных медицинских услуг, заключаемых с ООО «МЦ «Доктор Боголюбов», **даю свое согласие** ООО «МЦ «Доктор Боголюбов» (ОГРН 1035000713440, ИНН 5001041721), зарегистрированному по адресу: 143900, Московская обл., г. Балашиха ул. Звездная, д. 7 корп. пом. 2069 (далее – Оператор), на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, год, месяц, дата и место рождения; адрес фактического места проживания, электронный адрес, номера телефонов.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим работникам Оператора с целью исполнения обязательств, предусмотренных договором оказания платных медицинских услуг.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных потребителя (пациента);
2. Обработка моих персональных данных, защищенных в установленном порядке.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично посредством составления письменного заявления, которое может быть направлено мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты. По истечении срока хранения моих персональных данных, Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

УВЕДОМЛЕНИЕ  
потребителя (законного представителя)  
«О последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций)  
медицинского учреждения»

Уважаемый(ая) ФИО \_\_\_\_\_  
№ медицинской карты \_\_\_\_\_

В соответствии с п.15 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 №1006, уведомляем Вас, что несоблюдение указаний (рекомендаций) «Исполнителя» (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 здоровья «Потребителя».

Главный врач \_\_\_\_\_/Бабаев О.М.  
подпись

С уведомлением ознакомлен (а).  
Экземпляр до заключения договора на оказание платных медицинских услуг на руки получен.

\_\_\_\_\_   
подпись

\_\_\_\_\_   
Ф.И.О. потребителя (законного представителя)

Дата « » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**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 либо законного представителя)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный (ая) 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), а именно:

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. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, 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, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура,

для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «МЦ «Доктор Боголюбов».

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ (подпись)

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

\_\_\_\_\_ (подпись)

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата оформления)