



01.09.2023г.

## **ПОЛОЖЕНИЕ об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты в ООО МК «Профессионал»**

### **1. Общие положения**

1.1. В настоящем Положении об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты используются следующие основные понятия:

1.1.1. «Платные медицинские услуги» – медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров;

1.1.2. «Потребитель» – физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

1.1.3. «Заказчик» – физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

1.1.4. «Исполнитель» – ООО МК «Профессионал».

1.2. Без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи оказание медицинских услуг в ООО МК «Профессионал» не осуществляется.

1.3. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам оказания, определяются по соглашению сторон договора.

### **2. Условия предоставления платных медицинских услуг**

2.1. Условием предоставления платных медицинских услуг является заключение договора с потребителем или заказчиком (Приложение 1). Договор заключается потребителем (заказчиком) и исполнителем в письменной форме.

2.2. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя (законного представителя Потребителя) и согласия Заказчика приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика.

2.3. Платные медицинские услуги предоставляются на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии ООО МК «Профессионал» на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке.

2.4. При предоставлении платных медицинских услуг должны соблюдаться Порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения РФ.

2.5. Платные медицинские услуги предоставляются в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения РФ, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.6. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

2.7. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.8. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

2.9. Исполнителем после оказания медицинских услуг выдаются Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

2.10. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия на вмешательство Потребителя (законного представителя Потребителя) (Приложение 2). Заказчик (Потребитель) дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика (Потребителя) (Приложение 3), в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

### **3. Порядок и форма предоставления платных медицинских услуг**

3.1. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора и требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

3.2. В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

3.3. Исполнитель предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию: о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, 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.

3.4. 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, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

3.5. 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). Без согласия потребителя (заказчика) исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3.6. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг, договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя (заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

3.7. Исполнитель обязан при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством РФ требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

3.8. До заключения Договора, исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

### **4. Порядок оплаты медицинских услуг**

4.1. Медицинские услуги предоставляются Исполнителем по ценам, указанным в прейскуранте, расположенном на информационной стойке клиники в области ресепшена администратора, на стендах клиники.

4.2. Потребитель (заказчик) обязан оплатить предоставленную исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены договором.

4.3. Оплата медицинских услуг производится с согласия Потребителя до оказания медицинских услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу исполнителя и/ или в безналичном порядке, в том числе путем расчетов с использованием платежных карт.

4.4. Потребителю (заказчику) в соответствии с законодательством РФ выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

# ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_

г. Самара

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью Медицинская компания «Профессионал», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора-кассира-операциониста Мочаловой Ирины Евгеньевны, действующей на основании доверенности № от..., согласно лицензии № ЛО 041-01184-63/00356003 от 25.08.2020 года, с одной стороны и гражданин(ка) \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

## 1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1. Сведения об Исполнителе.

1.1.1. Наименование организации: Общество с ограниченной ответственностью МК «Профессионал».

1.1.2. Адрес местонахождения: 443069 г. Самара, ул. Революционная, д. 155 помещение 3., сайт: <https://mkprofessional63.ru/>

1.1.3. Адрес(а) мест(а) оказания медицинских услуг: г. Самара, ул. Революционная, д. 155 .

1.1.4. ОГРН 1206300029011, дата регистрации – от 14 мая 2020 г., выдан Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы № 11 по Самарской обл., ИНН 6311188074.

1.1.5. Лицензия от 25.08.2020 г. № ЛО 041-01184-63/00356003; выдана Федеральной службой по надзору в здравоохранении, находящимся по адресу: 443041, г. Самара, ул. Арцыбушевская, д.13, тел.8(846) 333-20-87, e-mail: samara@reg63.roszdravnadzor.gov.ru.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, копия которой является частью настоящего договора (приложением к настоящему договору) и находится в доступной форме на информационных стендах (стойках), в зоне рецепции Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя.

1.2. Сведения о Потребителе.

1.2.1. Фамилия, имя и отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

1.2.2. Адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения: \_\_\_\_\_

1.2.3. Телефон: \_\_\_\_\_

1.2.4. \_\_\_\_\_ Данные \_\_\_\_\_ документа, \_\_\_\_\_ удостоверяющего \_\_\_\_\_ личность: \_\_\_\_\_

## 2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги на условиях, определенных настоящим Договором, а Потребитель обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

2.1.1. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором:

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Условия и сроки оказания медицинской услуги	Стоимость медицинской услуги
1.			
2.			
3.			
4.			
	Всего к оплате:		

2.2. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Потребителя на прием, которая осуществляется через администратора посредством телефонной и иной связи. В особых случаях, включая необходимость неотложной помощи, услуги предоставляются Потребителю без предварительной записи и/или вне установленной очереди.

2.3. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

## 3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством РФ, в т.ч. положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

3.1.2. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

3.1.3. Уведомить Потребителя о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.1.4. После исполнения Договора выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

3.1.5. Исполнитель вправе переносить сроки оказания медицинских услуг в случае изменения в состоянии здоровья Потребителя (острые вирусные инфекционные заболевания, повышенная температура и иные состояния, являющиеся противопоказанием к оказанию медицинских услуг) либо при отсутствии врача по уважительным причинам, если Пациент настаивает на определенном специалисте.

3.1.6. Исполнитель вправе прекратить оказание медицинских услуг Потребителя в случае употребления Потребителем лекарственных препаратов, не прописанных лечащим врачом, отказа Потребителя от проведения необходимых медицинских процедур, нарушения Потребителем режима лечения, графика посещения, невыполнение предписаний, назначений и рекомендаций лечащего врача, занесенных в амбулаторную карту.

\*Услуга «первичный прием» – это первичное обращение к специалисту по поводу острого заболевания или обострения хронического заболевания. Во время первичного осмотра врач устанавливает предварительный диагноз, определяет методы, объем, прогноз лечения. Результаты осмотра фиксируются в амбулаторной медицинской карте пациента.

Первичный консультативный прием врача-специалиста включает в себя: оформление медицинской карты, сбор анамнеза, определение проблемы и (или) наличия заболевания, установление диагноза, определение способов и методов лечения, курса процедур, составление плана лечения, выдачу рекомендаций.

\*Услуга «повторный прием» – это повторное обращение к одному специалисту в течение 3-х месяцев с момента первичного обращения по одному и тому же случаю заболевания. Повторный прием врача включает в себя: обсуждение и анализ изменения состояния, определения тактики дальнейшего лечения.

Если с момента первичного обращения к специалисту прошло более 3-х месяцев, прием является первичным. При определении статуса приема (первичный или повторный) врач или администратор исходит из понятия законченного клинического случая. Законченный клинический случай – это случай острого заболевания от его начала до выздоровления (но не более 3-х месяцев), либо случай хронического заболевания от его обострения до момента достижения стойкой ремиссии (но не более 3-х месяцев). В рамках законченного клинического случая считать первичной следует консультацию врача первого контакта и всех смежных специалистов (по необходимости). Повторной консультацией в рамках законченного клинического случая следует считать повторную консультацию врача первого контакта и повторные консультации всех смежных специалистов. В случае обращения по поводу нового клинического случая следует исходить из этих принципов.

3.2. Потребитель обязуется:

3.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

3.2.2. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.2.3. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.2.4. Потребитель обязуется заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги. В случае опоздания Потребитель продолжает оказание планируемой услуги сокращается на время опоздания при сохранении стоимости услуги. В случае опоздания пациента более чем на 20 (двадцать) минут, Исполнитель оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги.

3.2.5. Информация, содержащаяся в медицинских документах Потребителя, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия Потребителя только по основаниям, предусмотренным пунктом 5 настоящего Договора.

3.2.6. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного его представителя), данного в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан.

3.2.7. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с лицензией медицинской организации и предоставляемыми на основании этой лицензии услугами;
- ознакомил его с действующим в Учреждении Прейскурантом цен на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;
- уведомил Пациента о том, что несоблюдение рекомендаций Учреждения (медицинского работника, предоставляющего платную услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребитель.

3.2.8. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

3.2.9. Потребитель обязан соблюдать график прием медицинских работников, соблюдать внутренний режим нахождения в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Получать от Потребителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

3.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

3.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

3.5. Потребитель и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством РФ.

#### **4. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ**

4.1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг и составляет \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) руб.

4.2. Стоимость перечисленных в п.2.1.1. и 4.1. медицинских услуг оплачивается Потребителем с согласия пациента до оказания медицинских услуг одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет, с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт.

4.3. Потребитель ознакомлен с прейскурантом до подписания настоящего договора.

#### **5. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

5.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления потребителя (законного представителя потребителя) и согласия Потребителя приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Потребителя.

5.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами, другими документами в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.3. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

5.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.5. Учреждение обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

Для исполнения настоящего Договора Потребитель согласен на использование его персональных данных в пределах, необходимых для исполнения настоящего Договора, в том числе составляющих врачебную тайну, и соглашается с проведением обмена необходимой информацией о себе с другими медицинскими учреждениями, если таковой обмен необходим для полноты и качества оказываемых услуг в интересах обследования и лечения Потребителя. Обработка персональных данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством РФ сохранять врачебную тайну.

5.6. Заключение настоящего Договора Потребитель выражает свое согласие на получение результатов лабораторных исследований, обследования и лечения на электронный почтовый ящик, указанный в договоре. При оформлении результатов лабораторных исследований Исполнитель вправе предоставлять результаты с использованием факсимильной подписи врача лаборатории с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

5.7. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его представителя допускается в целях обследования и лечения Пациента, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

5.8. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

5.9. Исполнителем после исполнения договора выдаются потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

5.10. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя).

5.11. Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя в объеме и способами, указанными в ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.

## 6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

- 6.1. Исполнитель несет перед Потребителем ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ, за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.
- 6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (потребителя) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 6.3. За нарушение установленных настоящим Договором сроков исполнения услуг Потребитель вправе требовать с Исполнителя выплаты неустойки в размере 0,5% за каждый день просрочки от стоимости услуги, срок оказания которой нарушен Исполнителем.
- 6.4. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 6.5. За нарушение установленных настоящим Договором сроков оплаты медицинских услуг Исполнитель вправе требовать с Потребителя выплаты неустойки в размере 0,5% за каждый день просрочки от стоимости услуги, не оплаченной Потребителем.
- 6.6. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 6.7. В случаях, предусмотренных пунктами 6.4, 6.6 Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий, за исключением проведения лечения по жизненным показаниям (экстренной помощи).
- 6.8. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

## 7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

- 7.1. Настоящий Договор может быть изменен и дополнен по соглашению Сторон.
- 7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.
- 7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.
- 7.4. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

## 8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 8.1. Стороны обязуются все возникающие разногласия решать путем переговоров.
- 8.2. При неурегулировании Сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке.
- 8.3. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

## 9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

- 9.1. Настоящий Договор вступает в силу с \_\_\_\_\_ г. и действует по \_\_\_\_\_ г.
- 9.2. Договор составлен в 2-х экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

## 10. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Учреждение  
Общество с ограниченной ответственностью  
МК «ПРОФЕССИОНАЛ»  
443069 РОССИЯ, Самарская обл., г. Самара, ул.  
Революционная, 155, помещение 3  
ИНН/КПП 6311188074/631101001 ОГРН 1206300029011  
р/с 40702810529180010211 в Филиале «Нижегородский»  
АО «Альфа-Банк»  
к/с 30101810200000000824, БИК 042202824  
тел: 8(846)203-28-38, +7-967-482-88-38  
Администратор-кассир-операционист

Пациент  
Ф.И.О.: <Фамилия> <Имя> <Отчество>  
<Паспорт пациента>  
Адрес/место жительства: <Адрес жительства>  
Телефон контакта: <Мобильный телефон>  
\_\_\_\_\_/<Фамилия> <Имя>  
<Отчество>/

\_\_\_\_\_/ <ФИО пользователя> /

1, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.(при наличии) полностью гражданина либо законного представителя)

( « \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
дата рождения гражданина либо законного представителя) (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

отношений \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.(при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

( « \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
дата рождения пациента при подписании согласия законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
гражданина либо законного представителя)

(дата и название выдавшего органа)

### СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТА

в соответствии с требованиями ст.23,24 Конституции РФ, ст.9 152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006г., ст.13 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011г. даю свое согласие на обработку ООО МК «Профессионал» расположенному по адресу: г. Самара, ул. Революционная д.155, пом.3, ОГРН 1206300029011, ИНН 631188074 (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, год, месяц и дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС (ДМС), СНИЛС, реквизиты справки МСЭ, место работы, занимаемую должность, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах, персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Настоящее согласие дано мной добровольно « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г., вступает в силу с дня его подписания и действует в течение неопределенного срока. Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_  
расшифровка подписи \_\_\_\_\_

### СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, РАЗРЕШЕННЫХ ПАЦИЕНТОМ ДЛЯ ПЕРЕДАЧИ

руководствуясь ст.9,10,10.1,11 152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006г. и ст.13 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011г. даю свое согласие на передачу моих персональных данных ООО МК «Профессионал» расположенному по адресу: г. Самара, ул. Революционная д.155, пом.3, ОГРН 1206300029011, ИНН 631188074 (далее – Оператор) следующим лицам:

- должностным лицам Оператора, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором на основании заключенного с ним договора и страховым медицинским организациям (в рамках ДМС), контролирующим органам: ФНС, ФСС и ПФ (с 01.01.2023г. СФР), Росстату, иным госорганам.

- ответственным работникам Роспотребнадзора, центра Профпатологии и моего работодателя на бумажном носителе при передаче заключительного акта о прохождении медицинского осмотра, в части персональных данных фамилия, имя, отчество, пол, год, месяц и дата рождения, СНИЛС, реквизиты полиса ОМС(ДМС), занимаемая должность, медицинское заключение –**ДА/НЕТ**, нужно подчеркнуть

- работникам лаборатории на бумажном носителе при передаче моих биологических материалов на анализ, в части персональных данных фамилия, имя, отчество, пол, год, месяц и дата рождения, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность) – **ДА/НЕТ**, нужно подчеркнуть.

Понимаю, что передача моих персональных данных в: ФСС и ПФ (с 01.01.2023г. СФР), налоговые органы; правоохранительные органы; прокуратуру; органы исполнительной власти, расследующие несчастные случаи в компании; органы исполнительной власти полномочных проводить независимую оценку качества условий оказания медицинских услуг передаются без согласия субъекта персональных данных.

Настоящее согласие дано мной добровольно « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г., вступает в силу с дня его подписания и действует до достижения цели обработки. Оставляю за собой право потребовать прекратить передачу мои персональные данные. В случае получения требования Оператор обязан немедленно прекратить передачу мои персональные данные, а также сообщить перечень третьих лиц, которым они были переданы.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_  
расшифровка подписи \_\_\_\_\_

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО,**

**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, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.(при наличии) полностью гражданина либо законного представителя)  
(« » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
дата рождения гражданина либо законного представителя) (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.(при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)  
(« » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
дата рождения пациента при подписании согласия законным представителем)  
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
гражданина либо законного представителя)  
(дата и название выдавшего органа)

яко 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 2012г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в

**ООО МК «ПРОФЕССИОНАЛ»**

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации)  
\_\_\_\_\_ (должность, Ф. И. О.(при наличии) 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» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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), в том числе после смерти:

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

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

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

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



Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.(при наличии) полностью гражданина либо законного представителя)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_ (дата рождения гражданина либо законного представителя) (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении моего несовершеннолетнего ребенка(подопечного) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.(при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_ (дата рождения пациента при подписании согласия законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ (гражданина либо законного представителя)

(дата и название выдавшего органа)

### СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТА

в соответствии с требованиями ст.23,24 Конституции РФ, ст.9 152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006г., ст.13 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011г. даю свое согласие на обработку ООО МК «Профессионал», расположенному по адресу: г. Самара, ул. Революционная д.155, пом.3, ОГРН 1206300029011, ИНН 631188074 (далее – Оператор), персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка(подопечного), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, год, месяц и дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС (ДМС), СНИЛС, реквизиты справки МСЭ, место работы, занимаемую должность, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Настоящее согласие дано мной добровольно « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г., вступает в силу с дня его подписания и действует в течение неопределенного срока. Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку персональных данных. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет.

Подпись законного представителя субъекта персональных данных \_\_\_\_\_ расшифровка подписи \_\_\_\_\_

### СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, РАЗРЕШЕННЫХ ПАЦИЕНТОМ ДЛЯ ПЕРЕДАЧИ

руководствуясь ст.9,10,10.1,11 152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006г. и ст.13 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011г. даю свое согласие на передачу персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка(подопечного) ООО МК «Профессионал» расположенному по адресу: г. Самара, ул. Революционная д.155, пом.3, ОГРН 1206300029011, ИНН 631188074 (далее – Оператор) следующим лицам:

- должностным лицам Оператора, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором на основании заключенного с ним договора и страховым медицинским организациям (в рамках ДМС), контролирующим органам: ФНС, ФСС и ПФ (с 01.01.2023г. СФР), Росстату, иным госорганам.

- ответственным работникам Роспотребнадзора, центра Профпатологии и работодателя на бумажном носителе при передаче заключительного акта о прохождении медицинского осмотра, в части персональных данных фамилия, имя, отчество, пол, год, месяц и дата рождения, СНИЛС, реквизиты полиса ОМС(ДМС), занимаемая должность, медицинское заключение –ДА/НЕТ, нужное подчеркнуть

- работникам лаборатории на бумажном носителе при передаче биологических материалов на анализ, в части персональных данных фамилия, имя, отчество, пол, год, месяц и дата рождения, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность) – ДА/НЕТ, нужное подчеркнуть.

Понимаю, что передача персональных данных в: ФСС и ПФ (с 01.01.2023г. СФР), налоговые органы; правоохранительные органы; прокуратуру; органы исполнительной власти, расследующие несчастные случаи в компании; органы исполнительной власти, уполномоченных проводить независимую оценку качества условий оказания медицинских услуг передаются без согласия субъекта персональных данных.

Настоящее согласие дано мной добровольно « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г., вступает в силу с дня его подписания и действует до достижения цели обработки. Оставляю за собой право потребовать прекратить передачу персональные данные. В случае получения требования Оператор обязан немедленно прекратить передачу персональных данных, а также сообщить перечень третьих лиц, которым они были переданы.

Подпись законного представителя субъекта персональных данных \_\_\_\_\_ расшифровка подписи \_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я,	_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)		
« ____ » _____ г. (дата рождения законного представителя)	зарегистрированный по адресу: _____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)		
проживающий по адресу:	_____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)		
	_____ (адрес проживания гражданина либо законного представителя)		
в отношении:	_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)		
« ____ » _____ г. (дата рождения пациента)	проживающего по адресу: _____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)		
даю информированное добровольное согласие на профилактический осмотр и 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, лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)			
Врачами-специалистами (осмотр необходимого по возрасту специалиста подчеркнуть): Педиатром _____ Отоларингологом _____ Неврологом _____ Травматологом\ортопедом _____ Детским хирургом _____ Детским эндокринологом _____ Офтальмологом _____ Акушером-гинекологом _____ Детским урологом-андрологом _____ Детским стоматологом _____ Детским\подростковым психиатром _____ Провести лабораторные и функциональные исследования (проведение необходимого по возрасту исследования подчеркнуть): Общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование уровня глюкозы крови, холестерин; кровь на сифилис; исследования на носительство возбудителей кишечных инфекций и серологическое обследование на брюшной тиф; мазок из зева и носа на наличие патогенного стафилококка; общий анализ кала, электрокардиография, флюорография лёгких, ультразвуковое исследование: органов брюшной полости, сердца, щитовидной железы, органов репродуктивной сферы, тазобедренных суставов, нейросонография _____			
В ООО МК «Профессионал»			
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 выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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), в том числе после смерти:			
	_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)		
	_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)		
(подпись)	_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)		
(подпись)	_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)		
	_____ (дата оформления)		