

г. Старый Оскол

«___» _____ 20__ г.

ООО «Лечебно-диагностический центр «Эпиона Медикус» (далее – медицинская организация), зарегистрированное МИФНС №4 по Белгородской области, свидетельство о государственной регистрации №1153128002774 от 08 июня 2015г., имеющая государственную лицензию на медицинскую деятельность №ЛО-31-01-002873 от 05 июня 2019г., именуемая в дальнейшем Исполнитель, в лице Генерального директора Ночевки Александра Владимировича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(ка)

паспорт серии _____ выдан _____, дата выдачи _____,
проживающий(ая) по адресу: _____,
именуемый(ая) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту, медицинские услуги по перечню и в сроки, установленные в соответствии с приложениями к настоящему договору (являющихся неотъемлемой частью настоящего договора), а также в соответствии лицензией №ЛО-31-01-0027248 от 29 октября 2018 г., а Пациент обязуется оплатить медицинские услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим договором.

1.2. При оказании медицинских услуг Исполнителем будут применяться стандарты медицинской помощи и порядки оказания медицинской помощи в соответствии с законодательными и нормативными актами, действующими на территории Российской Федерации.

1.3. Медицинские услуги оказываются квалифицированным медицинским персоналом исполнителя. Информация о профессиональном образовании и квалификация данных специалистов доведена до сведения Пациента.

1.4. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что ему в доступной форме была разъяснена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

2.1. Пациент оплачивает медицинские услуги Исполнителя по тарифам, действующим у Исполнителя на дату заключения договора. В случае, если срок оказания услуг переносится по сравнению со сроками, указанными в договоре, услуги оплачиваются по ценам, действующим на момент оказания медицинских услуг.

2.2. Оплата медицинских (ой) услуг (и) производится наличными денежными средствами в кассу Исполнителя на условиях предоплаты в размере 100% стоимости услуг. Срок оплаты: в любые сроки до непосредственного оказания медицинской услуги.

2.3. Датой оплаты считается дата поступления денежных средств в кассу Исполнителя.

2.4. Кассовый чек, выданный Исполнителем Пациенту, является неотъемлемой частью настоящего договора. Сумма кассового чека (кассовых чеков) составляет сумму настоящего договора.

3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с утвержденным графиком работы и условиями, соответствующими установленным требованиям.

3.2. Медицинские услуги оказываются в соответствии с установленным временем их оказания, согласованного сторонами, и указываются в Приложении к настоящему договору.

4. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

4.1. Права и обязанности Исполнителя:

Исполнитель обязан

4.1.1. Обеспечить оказание качественной и безопасной медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.1.2. Обеспечить соблюдение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.

4.1.3. Выдать Пациенту направление для прохождения услуг(и) с указанием сроков оказания услуг, места их оказания (кабинет по месту нахождения Исполнителя) и необходимыми рекомендациями по подготовке Пациента.

4.1.4. Выдать Пациенту документ строгой отчетности (кассовый чек), подтверждающий прием денежных средств от Пациента.

4.1.5. Предоставить квалифицированную, качественную медицинскую услугу Пациенту, в соответствие с утвержденными требованиями медицинского технологического стандарта.

4.1.6. Выдать по окончании оказания медицинской услуги Пациенту документы, содержащие информацию о результатах оказанных услуг.

4.1.7. В случае возникновения неотложных состояний у Пациента, Исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

4.1.8. Предоставить Пациенту бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах.

4.1.9. Предоставить Пациенту в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

4.1.10. Предупредить Пациента в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.

4.1.11. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

4.1.12. Права Исполнителя:

При оказании платных медицинских услуг Исполнитель пользуется правами в соответствии с действующим законодательством.

4.2. Права и обязанности Пациента:

Пациент обязан:

4.2.1. Предварительно в соответствии с настоящим договором оплатить стоимость медицинских услуг в кассу Исполнителя. В случае отсутствия оплаты после назначения услуг в регистратуре Исполнителя, Исполнитель вправе снять время оказания услуг в одностороннем порядке до момента повторного обращения Пациента и согласования новых сроков оказания услуг.

4.2.2. Выполнить требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи (подготовка в соответствии с требованиями и рекомендациями лечащего врача Исполнителя). В случае выявления Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию услуг или ее отсутствия Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке. В ходе оказания услуг выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);

4.2.3. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания услуг. В противном случае весь риск связанных с этим последствий несет Пациент.

4.2.4. Письменно подтвердить, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги и условиями ее предоставления, то есть подтвердить свое «Добровольное информированное согласие» на оказание услуги. Добровольное информированное согласие Пациента является неотъемлемой частью настоящего договора. В случае отказа Пациента от подтверждения добровольного информированного согласия на оказание услуги Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке.

4.2.5. Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения пациента в медицинской организации в соответствии с лечебно-охранительным режимом.

Пациент имеет право:

4.2.6. На качественную и безопасную медицинскую помощь, а также соблюдение иных прав, предусмотренных действующим законодательством.

4.2.7. Пациент имеет право отказаться от оказания услуг до момента начала их оказания и потребовать возврата уплаченных денежных средств с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

5.1. За нарушение прав Пациента Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством, в том числе законодательством о защите прав потребителей.

5.2. В случае оказания Пациенту медицинской услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами врачебной экспертизы, Пациент имеет право:

- по личному заявлению оформить возврат денежных средств в кассе Исполнителя;

- безвозмездно (за счет Исполнителя) устранить недостатки оказанной услуги (повторно осуществить повторное оказание услуги);

- привлечь Исполнителя к иным мерам ответственности в соответствии с действующим законодательством.

5.3. Пациент несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий пациента. В этом случае пациент также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

5.4. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Пациент обязан возместить причиненные убытки.

5.5. За нарушение рекомендаций Исполнителя, отразившихся на ходе оказания услуги, либо делающее невозможным оказание услуги в установленные сторонами сроки, Пациент обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. При необходимости изменения в договор вносятся по соглашению сторон и оформляются отдельным соглашением.

6.2. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается.

6.3. Исполнитель информирует Пациента о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ПО СОГЛАШЕНИЮ СТОРОН

7.1. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что ему было разъяснено право на получение медицинских услуг Исполнителя, входящих в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Белгородской области в текущем году, на безвозмездной основе. Также был разъяснен порядок оказания таких услуг, условия получения услуг Пациентом. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает свое согласие на отказ от получения медицинской услуги (если она включена в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Белгородской области в текущем году) на безвозмездной основе.

Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что перед оказанием услуг ему была предоставлена исчерпывающая информация о его заболевании (диагнозе), современных методах лечения, даны ответы на все интересующие вопросы.

7.2. Пациент дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, 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.

7.3. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами.

7.4. Споры и разногласия решаются в претензионном порядке, а в случае невозможности разрешения в - судебном порядке в суде общей юрисдикции в соответствии с действующим законодательством.

7.5. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: по одному для каждой из сторон.

Исполнитель:

Медицинская организация

Общество с ограниченной ответственностью «Лечебно-диагностический центр «Эпиона Медикус»

ИНН 3128106133

КПП 312801001

ОГРН 1153128002774

Юридический адрес: Россия, 309502, Белгородская область, город

Старый Оскол, микрорайон Королёва, 12 В

Почтовый адрес: Россия, 309502, Белгородская область, город

Старый Оскол, микрорайон Королёва, 12 В

Банковские реквизиты:

Р/с 40702810807000013760

Белгородское отделение №8592 ПАО Сбербанк

БИК 041403633

К/с 30101810100000000633

Адрес эл.почты: epiona.medicus@mail.ru

Тел.: +7(4725)39-05-35

Генеральный директор _____ Ночевка А.В.

М.П.

Пациент:

(Ф.И.О.)

(кем, когда)

Адрес регистрации: _____

Адрес фактического проживания: _____

Телефон: _____

Подпись _____/_____

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

Я, _____
(Ф. И. О. гражданина)

_____ г. рождения, зарегистрированный 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), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), В Обществе с ограниченной ответственностью «Лечебно-диагностический центр «Эпиона Медикус».

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» (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),

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

(подпись) (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф. И. О. медицинского работника)

(дата оформления)

СОГЛАСИЕ
на использование изображения гражданина
и разглашение врачебной тайны путем размещения изображения гражданина

г. Старый Оскол

«___» _____ 20__ г.

Я, _____
Паспорт: _____ дата выдачи _____
Место выдачи: _____
Проживающий(ая) по адресу: _____
Номер телефона: _____
E-mail: _____

на основании п. 1 ст. 152.1. Гражданского кодекса Российской Федерации настоящим документом даю согласие на использование без выплаты вознаграждения моих изображений в рекламных, информационных и иных материалах, Обществу с ограниченной ответственностью «Лечебно-диагностический центр «Эпиона Медикус» (ИНН/КПП 3128106133/312801001; ОГРН 1153128002774), именуемому в дальнейшем «Правообладатель».

Настоящее согласие дает Правообладателю право обнародовать и в дальнейшем использовать мои изображения (полностью или фрагментарно), полученные в процессе осуществления фото- видео-съемки в период после заключения договора об оказании платных медицинских услуг (до, во время и после оказания мне медицинских услуг).

Цели использования изображения: рекламные, справочно-информационные, иные цели, соответствующие требованиям действующего законодательства Российской Федерации.

Правообладатель вправе использовать изображения путем их размещения в печатных изданиях, в сети Интернет (включая размещение изображений в социальных сетях), на наружных и внутренних стендах.

Правообладатель обязуется использовать изображения без указания следующих данных о личности: фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные, контактные данные.

Изображения не могут быть использованы Правообладателем способами, порочащими честь, достоинство и деловую репутацию.

Изображения могут быть использованы Правообладателем до дня моего отзыва настоящего согласия в письменной форме.

В той мере, в какой характеристики изображения гражданина, будь то: формат изображения, обстоятельства съемки, источник, в котором происходит размещение изображения (аккаунт в социальной сети, страница в сети Интернет) – свидетельствуют о факте обращении гражданина за медицинской помощью, гражданин, подписывая настоящее согласие, дает право на разглашение врачебной тайны по смыслу ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

«___» _____ 20__ г. _____
Подпись Ф.И.О.

Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, проживающий(-ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____
Паспорт _____, выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребёнка или лица, признанного недееспособным
_____ (Ф.И.О. ребёнка или недееспособного гражданина — полностью, год рождения)

находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в отделении ООО Лечебно-диагностическом центре "Эпиона Медикус"

(название отделения, номер палаты)

добровольно даю своё согласие на проведение мне (представляемому) операции: _____

(название медицинского вмешательства)

и прошу персонал медицинского учреждения о её проведении.

Подтверждаю, что я ознакомлен (-а) с характером предстоящей мне (представляемому) операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.

-Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен(согласна) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

-Я предупреждён(предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

-Я предупреждён(предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю своё согласие на это.

-Я поставил(поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесённых мною(представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулёзе, инфекциях, передаваемых половым путём, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и её компонентов. Сообщил(сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

-Я согласен(-а) на запись хода операции на электронные носители информации и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учётом сохранения врачебной тайны.

-Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

-Я ознакомлен(-а) и согласен(-а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны и добровольно даю своё согласие на _____

« ____ » _____ 20 ____ г. Подпись пациента/законного представителя _____

Расписался в моём присутствии:

Врач _____ (подпись) _____

(Должность, Ф.И.О.)

Примечание: Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведённого лечения.

При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением руководителя ЛПУ, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время — ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением руководителя ЛПУ, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время — ответственного дежурного врача.

« ____ » _____ 20 ____ г. Подпись пациента/законного представителя _____

Расписался в моём присутствии:

Врач _____ (подпись) _____

(Должность, И.О. Фамилия)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

« ____ » _____ 20 ____ года



**ИНФОРМИРОВАННОЕ
ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
ПАЦИЕНТА НА ПОЛУЧЕНИЕ
ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ
УСЛУГ**

Я, гражданин(ка) _____

ознакомился (ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Белгородской области», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а).

Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи.

Я ознакомлен с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях.

Своей подписью я подтверждаю свое желание на получение платных медицинских услуг в данной медицинской организации ООО «ЛДЦ «Эпиона Медикус».

Дата: _____ г.

Подпись _____



СОГЛАСИЕ
пациента
на обработку персональных данных и
использование изображения

Я _____, (Ф.И.О. полностью),
Проживающий(ая) по адресу: _____, (место регистрации),
паспорт _____, выдан _____, (серия и номер), (дата, название выдавшего органа),

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку ООО «ЛДЦ «Эпиона Медикус» (далее - Оператор) моих персональных данных, а именно:

фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии); пол; дата рождения; место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; место жительства; место регистрации; дата регистрации; страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования; номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии); анамнез; диагноз; сведения об организации, оказавшей медицинские услуги; вид оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи; сроки оказания медицинской помощи; объем оказанной медицинской помощи; результат обращения за медицинской помощью; серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии); сведения об оказанных медицинских услугах; примененные порядки и стандарты медицинской помощи; сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

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 пациентов;
2. Обработка моих персональных данных, защищенных в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

Так же я даю согласие на использование в рекламных кампаниях своих изображений без выплаты мне вознаграждения ООО «ЛДЦ «Эпиона Медикус», именуемому далее «Правообладатель».

Настоящее Согласие предоставляется на все изображения, полученные в процессе съемок сотрудниками Правообладателя. Изображения могут быть использованы в печатной рекламе, рекламе в интернете, наружной рекламе и иных видах рекламы бессрочно.

Правообладатель вправе передавать указанные права на изображения любым третьим лицам в целях, связанных с проведением рекламной кампании.

Правообладатель обязуется не использовать изображение Гражданина способами, порочащими его(ее) честь, достоинство и деловую репутацию.

_____, (подпись, Ф.И.О.) _____, (дата)

Согласие получено _____, (дата)
Уполномоченный представитель медицинской организации _____, (подпись, Ф.И.О.)