



УВЕДОМЛЕНИЕ

Руководствуясь пунктом 6 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 уведомляем, что у Пациента имеется возможность 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.

Ознакомлен(а) √ _____ / _____ /

Руководствуясь пунктом 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 уведомляем, что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, 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.

Ознакомлен(а) √ _____ / _____ /

ДОГОВОР № ____

об оказании платных медицинских услуг

г. Старый Оскол

« ____ » _____ 202__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Лечебно-диагностический центр «Эпиона Медикус», осуществляющее свою деятельность на основании Устава и лицензии № Л041-01154-31/00362896, выданной 05.06.2019 Министерством здравоохранения Белгородской области, в лице генерального директора общества Ночёвки Александра Владимировича, действующего на основании устава (далее – Исполнитель), с одной стороны, и

(ФИО полностью)

(далее – Пациент), с другой стороны, заключили договор об оказании платных медицинских услуг (далее – Договор) о следующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. На основании обращения Пациента Исполнитель оказывает Пациенту медицинские услуги, а Пациент обязуется оплатить оказанные ему медицинские услуги.

1.2. Договор заключен в соответствии с Правилами предоставления платных медицинских услуг населению, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ И ПРИЕМКИ УСЛУГ

2.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги в рамках оказания первичной, в том числе врачебной и специализированной медико-санитарной помощи по Договору в помещении Исполнителя, расположенном по адресу: 309502, Белгородская область, г. Старый Оскол, микрорайон Королева, д. 12В.

2.2. При получении медицинских услуг в объеме оперативного вмешательства по пластической хирургии, перечень медицинских услуг согласовывается в приложении №1 к договору. При получении иных медицинских услуг перечень медицинских услуг может содержаться в акте оказанных услуг.

2.3. В случае опоздания Пациента более чем на 15 минут Исполнитель вправе перенести или отменить оказание медицинской услуги.

2.4. В случае возникновения состояний Пациента, требующих незамедлительного медицинского вмешательства, Исполнитель вправе самостоятельно определять объем исследований и вмешательств.

2.5. Стороны подписывают акт оказанных услуг в тот же календарный день, в который медицинские услуги были оказаны Пациенту. Услуга считается оказанной при подписании акта оказанных услуг Исполнителем и Пациентом.

2.6. В случае отказа Пациента от подписания акта оказанных услуг Исполнитель подписывает акт оказанных услуг в одностороннем порядке и направляет копию акта Пациенту. В данном случае медицинская услуга считается оказанной при подписании акта оказанных услуг Исполнителем.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость медицинских услуг определяется на основании действующего, на момент обращения Пациента прейскуранта Исполнителя, на основании плана диагностики и лечения, а также на основании финансового плана (при необходимости), согласованного Сторонами.

3.2. Стоимость медицинских услуг, а также порядок оплаты согласовывается в приложении №1 к договору (в случае его оформления Сторонами). Стороны могут согласовать оплату стоимости медицинских услуг путем полной (частичной) предоплаты и (или) оплаты после оказания Пациенту медицинских услуг.

3.3. Пациент оплачивает услуги Исполнителя путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя либо в кассу Исполнителя непосредственно в календарный день принятия услуг в соответствии с актом оказанных услуг. Иной порядок может быть согласован сторонами в приложении №1 к договору.

3.4. Если Пациент отказался от договора до момента получения им полного объема медицинских услуг, условие о скидке за оказанные услуги утрачивают силу (при условии предоставления скидки Исполнителем). Исполнитель возвращает Пациенту неиспользованные денежные средства исходя из базовой стоимости услуг по прейскуранту Исполнителя на дату заключения договора.

Подлежащая возврату неиспользованная сумма, определяется как сумма, полученная Исполнителем на дату расторжения договора в части оказания услуг Пациенту, за вычетом базовой стоимости услуг с даты начала периода оказания услуг по дату досрочного отказа от договора со стороны Пациента.

3.5. Если в ходе оказания медицинских услуг выявляется необходимость изменения плана диагностики и лечения, влекущего изменение цены договора вследствие изменения объема услуг, стоимость услуг может быть изменена как в сторону уменьшения, так и в сторону увеличения путем подписания дополнительного соглашения к договору.

3.6. При возникновении необходимости оказания дополнительных медицинских услуг по результатам обследования и лечения, указанные услуги оказываются только с согласия Пациента в соответствии с условиями договора.

4. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязуется:

4.1.1. Оказывать Пациенту медицинские услуги, соответствующие требованиям, предъявляемым к качеству и безопасности медицинской деятельности, в полном соответствии с действующими лицензиями на осуществление медицинской деятельности, условиями договора, правилами предоставления медицинских услуг, порядками оказания медицинской помощи, с использованием лекарственных средств, медицинских изделий, разрешенных к применению на территории Российской Федерации.

4.1.2. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей сведения о порядке оказания медицинской помощи стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; данных о медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании квалификации); сведениях о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской услуги.

4.1.3. Предоставлять по запросу Пациенту информацию о состоянии его здоровья, в том числе сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. Исполнитель предоставляет данную информацию в доступной для понимания Пациента форме.

4.1.4. Предоставить Пациенту возможность ознакомления с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья Пациента, и выдать по письменному требованию Пациента копии медицинских документов.

4.1.5. Хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные в процессе оказания медицинской помощи.

4.2. Исполнитель вправе:

4.2.1. Осуществлять фото- видео-съемку Пациента для целей соблюдения требований внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, наблюдения за динамикой состояния Пациента, а также для контроля за соблюдением внутренних правил поведения в организации у Исполнителя.

4.3. Пациент обязуется:

4.3.1. Предоставлять Исполнителю полную и достоверную информацию о состоянии здоровья, в том числе о заболеваниях и состояниях, аллергических реакциях, наличии противопоказаний к получению медицинской услуги и (или) приему лекарственных средств и (или) использованию медицинских изделий, факте приема, использования, в том числе в прошлом, лекарственных средств и (или) медицинских изделий, прекращении назначенного лечения, факте обращения в сторонние медицинские организации, а также иную информацию, не указанную в настоящем пункте договора, но необходимую Исполнителю для оказания медицинских услуг.

4.3.2. Не менее, чем за 1 (один) календарный день до начала оказания запланированной медицинской услуги, информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменения назначенного времени получения медицинской услуги, оказываемой амбулаторно.

В полном объеме следовать рекомендациям и исполнять предписания лечащего врача на любой стадии оказания медицинских услуг; приходить на прием строго в определенные по соглашению с Исполнителем дни и время.

4.3.3. В связи с исполнением договора подписывать информированное добровольное согласие, акт оказанных медицинских услуг, согласие на обработку персональных данных, иную документацию, оформлением которой сопровождается процесс оказания медицинских услуг, и которая, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации требует наличия подписи Пациента.

4.3.4. В письменной форме уведомлять Исполнителя об изменении любых реквизитов, указанных в последнем разделе договора.

4.3.5. В случае ухудшения самочувствия Пациента, появлении признаков неблагоприятных последствий, осложнений на фоне проводимого лечения, а также при возникновении претензий к качеству, незамедлительно обратиться к Исполнителю в часы работы Исполнителя.

4.3.6. Соблюдать правила внутреннего распорядка (правила поведения в организации), правила оказания платных медицинских услуг и иные локальные акты Исполнителя.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Исполнитель берет на себя обязательства по максимальному приложению усилий. Недостижение результата, которое не находится во взаимосвязи с действиями Исполнителя, не может служить основанием привлечения Исполнителя к ответственности за неисполнение договора.

5.2. В силу объективных причин, в том числе индивидуальных особенностей организма Пациента, Исполнитель не может гарантировать Пациенту достижение результата, в том числе достижение частичного результата, а также не может полностью исключить возможность возникновения побочных, неблагоприятных эффектов или осложнений у Пациента.

В случае возникновения указанных явлений Исполнитель не несет ответственности за возникновение неблагоприятных последствий или осложнений у Пациента при условии соблюдения Исполнителем требований действующего законодательства Российской Федерации и условий договора.

5.3. Исполнитель проинформировал Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество оказываемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок, а также оказать отрицательное влияние на состояние здоровья Пациента.

5.4. Исполнитель не несет ответственности за результат оказания медицинских услуг по договору в случае несоблюдения Пациентом рекомендаций, требований и предписаний лечащего врача и медицинских работников Исполнителя, иных действий Пациента, направленных на изменение процесса оказания медицинских услуг, в том числе самолечения, использования рекомендаций медицинских работников иных медицинских организаций.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до момента полного исполнения сторонами своих обязательств по договору.

6.2. Договор может быть расторгнут или изменен по соглашению сторон, либо в одностороннем порядке Пациентом, путем направления письменного уведомления Исполнителю.

6.3. Обмен юридически значимыми сообщениями осуществляется путем направления корреспонденции на почтовый или электронный адрес, указанный в последнем разделе договора. Исполнитель также вправе использовать для целей, указанных в настоящем пункте договора, смс-оповещение на телефоны Пациента и доверенного лица. Направленная по электронной почте информация считается полученной другой стороной в день ее направления.

6.4. В случае изменения почтового или электронного адреса, номеров телефонов, необходимо в течение 5 календарных дней уведомить об этом другую сторону с предоставлением новых реквизитов для связи. В противном случае корреспонденция, направленная по реквизитам, указанным в договоре, будет считаться направленной ненадлежащим образом, а все последствия и риски, связанные с неполучением данной корреспонденции, будет нести только сторона, неизвестившая об изменении своих реквизитов.

6.5. Договор составлен в 2 экземплярах.

6.6. При подписании договора, а также оформлении связанной с исполнением договора иной документации, Исполнитель вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи с

помощью средств механического копирования (факсимиле), являющегося аналогом собственноручной подписи и имеющего юридическую силу, равную собственноручно исполненной подписи.

6.7. Список приложений к договору:

- Приложение №1 – перечень медицинских услуг.

7. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Общество с ограниченной ответственностью
«Лечебно-диагностический центр «Эпиона
Медикус» (ООО «ЛДЦ «Эпиона Медикус»)

Юридический адрес: 309502, Белгородская
область, г. Старый Оскол, мкр. Королёва, д. 12В

Фактический адрес: 309502, Белгородская область,
г. Старый Оскол, микрорайон Королева, д. 12В

ОГРН: 1153128002774

ИНН:3128106133, КПП: 312801001

Расчетный счет: 40702810807000013760

Корреспондентский счет:30101810100000000633

Банк: Белгородское отделение № 8592 ПАО
Сбербанк

БИК: 041403633

Электронная почта: epiona.medicus@mail.ru

Телефон:8 (4725) 39-05-35

Лицензия Л041-01154-31/00362896, дата выдачи:
05.06.2019 г.

Выдана: Министерством здравоохранения
Белгородской области

Адрес: 308005, г. Белгород, Свято-Троицкий
бульвар, дом 18

Телефон: +7 (4722) 32-14-47

Электронная почта: zdrav@belzdrav.ru

Генеральный директор

ООО «ЛДЦ «Эпиона Медикус»

_____/А.В.Ночёвка

М.П

ПАЦИЕНТ:

Паспорт серии _____ № _____
выдан _____

Дата выдачи: _____

Код подразделения: _____

Адрес: _____

Телефон: _____

E-mail: _____

_____/_____
ФИО

Экземпляр Договора на руки получил, с
оттиском факсимильной подписи
ознакомлен и согласен с ее использованием.

_____/_____
ФИО



ПЕРЕЧЕНЬ № _____

медицинских услуг

от «___» _____ 20__ г.

Наименование услуги	Объем (шт.)	Сроки оказания	Стоимость(руб.)

Порядок оплаты:

Пациент оплачивает стоимость услуг (*нужное выбрать*):

- в порядке полной предварительной оплаты в течение 3 дней с момента заключения договора;
- в порядке частичной предоплаты в размере _____ рублей от общей стоимости услуг в течение 3 дней с момента заключения договора. Пациент оплачивает оставшуюся стоимость услуг в размере _____ рублей не позднее 24 часов до запланированного начала проведения медицинского вмешательства;
- Пациент оплачивает стоимость услуг не позднее дня подписания акта оказанных услуг или с момента получения Пациентом акта оказанных услуг, составленного Исполнителем в одностороннем порядке.

Исполнитель:

Пациент:

_____/А.В. Ночёвка

_____/_____



ЭПИОНА

МЕДИКУС

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) 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 _____

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

"__" _____ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства 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. N 390н <1> (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь

(ненужное зачеркнуть)

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

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (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. N 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. N 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)

" _____ " _____ 20__ г.
(дата оформления)



ЭПИОНА

МЕДИКУС

**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 ООО Лечебно-диагностическом центре "Эпиона Медикус" _____

_____ добровольно даю своё согласие на проведение мне (представляемому) операции: _____ (название отделения, номер палаты)

_____ (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 проведенного 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



СОГЛАСИЕ пациента на обработку персональных данных

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, 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.

(подпись, Ф.И.О.)

(дата)

Согласие получено _____
(дата)

Уполномоченный _____ представитель _____ медицинской _____ организации _____

(подпись, Ф.И.О.)



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.