

УВЕДОМЛЕНИЕ

г. Москва

1. До заключения Договора на оказание платных медицинских услуг Пациенту (Заказчику) предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках государственной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в учреждениях, входящих в систему обязательного медицинского страхования.

2. До заключения Договора на оказание платных медицинских услуг **Общества с ограниченной ответственностью «Заффиро Клиник»** (Исполнитель) в письменной форме уведомило Пациента (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента (Заказчика).

С настоящим уведомлением ознакомлен до момента заключения Договора:

Подпись Пациента (Заказчика) _____
Дата « ____ » _____ 20__ г.

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №

г. Москва

Дата _____

Общества с ограниченной ответственностью **«Заффиро Клиник»** в лице Генерального директора Назаркиной Ксении Андреевны, действующей на основании Устава, лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77-01-020515 от 06.10.2020, ОГРН 1197746388091, ИНН 7707431340, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и Пациент (Заказчик)

(ФИО) _____, дата рождения _____, паспорт: _____

_____, зарегистрированный по адресу _____ с другой стороны, а вместе именуемые

«Стороны», руководствуясь:

- Федеральным законом от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон №323-ФЗ);

- Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. №1006, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать Пациенту (Заказчику) _____ на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, в соответствии с Перечнем видов медицинской деятельности, которые вправе осуществлять Исполнитель согласно лицензии, Порядку оказания медицинской помощи и прейскуранту платных услуг, утвержденному директором Общества с ограниченной ответственностью **«Заффиро Клиник»** (далее – «Прейскурант»), а Пациент (Заказчик) принимает на себя обязательство оплачивать оказанные услуги (в том числе профилактические, лечебно-диагностические, реабилитационные и другие), в порядке и на условиях, установленных настоящим Договором.

1.2. Цены на медицинские услуги определяются в настоящем договоре согласно Прейскуранту Исполнителя. Перечень конкретных медицинских услуг, оказываемых Пациенту (Заказчику), содержится в Приложении № 1 к настоящему Договору и являются его неотъемлемой частью. Перечень медицинских услуг согласовывается сторонами отдельно.

1.3. Пациент (Заказчик) подтверждает, что до подписания настоящего Договора Исполнитель уведомил его в доступной форме о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в учреждениях здравоохранения, входящих в систему ОМС (обязательного медицинского страхования). Подписав настоящий договор, Пациент (Заказчик) добровольно согласился на оказание Исполнителем указанных в пункте 1.1 Договора медицинских услуг на платной основе.

1.4. При заключении договора Исполнителем Пациенту (Заказчику) предоставлена в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

1.4.1 Порядок предоставления платных медицинских услуг.

1.4.2. Информация о квалификации конкретного медицинского работника, оказывающего платную медицинскую услугу.

1.4.3. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисками, возможных видах медицинского вмешательства, их последствия и ожидаемые результаты оказания медицинской помощи.

1.5. Перечень оказываемых услуг и сроки оказания медицинских услуг указываются в Приложениях №1 и № 2 (информированное согласие на оказание платной услуги), которые является неотъемлемой частью данного договора.

1.5.1. Срок получения услуг согласовывается сторонами в устной форме по результатам назначения врача. Исполнитель формирует медицинскую карту Пациента (Заказчика) на бумажном носителе, а также в электронном виде - для учета баз данных пациентов клиники, в которой отражается предполагаемое количество процедур по выбранной услуге и периодичность между процедурами, Пациент (Заказчик) устно информируется о предполагаемой длительности отдельных процедур (комплексов процедур). По итогам консультации назначения врача оформляются в Приложении № 1 к настоящему Договору, с указанием наименования и количества услуг, о которых договорились стороны, срок и длительность их предоставления. В ходе предоставления услуг содержание Приложения и Перечень оказываемых услуг могут изменяться, о Пациент (Заказчик) должен быть заранее уведомлен.

1.6. До заключения договора Пациент (Заказчик) уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний и рекомендаций, выданных непосредственно медицинским работником, предоставляющим 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 Пациента (Заказчика).

1.7. Услуга считается оказанной и завершённой Исполнителем на момент окончания медицинских вмешательств (единовременных или курсовых), составляющих план лечения, о чем составляется Акт приема и сдачи работы. В случае отказа Пациента (Заказчика) от подписи в Акте приема и сдачи работы, сотрудником Исполнителя проставляется отметка об отказе Пациента (Заказчика) от подписания документа.

2. Права и обязанности Исполнителя

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Обеспечить Пациента (Заказчика) информацией в любой доступной форме, в том числе электронном, включающей в себя сведения о местонахождении Исполнителя, режиме работы, перечне медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о наличии лицензии на медицинскую деятельность, квалификации и сертификации специалистов Исполнителя, документов о соответствии на оборудование, препараты.

2.1.2. Предоставлять Пациенту (Заказчику) по его письменному требованию материалы и заключения о ходе оказанных услуг, квалификации лечащего врача, возможность непосредственно ознакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья и выдать по отдельному письменному требованию Пациента (Заказчика) копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Пациента (Заказчика) в течение 20 (двадцати) дней с момента получения Исполнителем письменного заявления.

2.1.3. Оказывать платные медицинские услуги, в соответствии с Правилами оказания медицинской помощи населению и Перечнем работ и услуг, которые вправе осуществлять Исполнитель согласно лицензии на медицинскую деятельность, качественно, с помощью имеющихся у Исполнителя современных методов диагностики и лечения в полном объеме и в соответствии с настоящим Договором.

2.1.4. Сохранить в тайне факт обращения Пациента (Заказчика) за медицинской помощью, информацию о состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при обследовании и лечении.

2.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующем законодательством РФ порядке.

2.1.6. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Пациенту (Заказчику) медицинских услуг.

2.1.7. Немедленно известить Пациента (Заказчика) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказания медицинских услуг.

2.1.8. Без согласия Пациента (Заказчика) Исполнитель не вправе предоставлять ему дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором (за исключением случаев экстренной неотложной медицинской помощи), Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента (Заказчика) и внести изменения или дополнения в Приложение к настоящему Договору.

2.1.9. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг Пациенту (Заказчику) потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.1.10. Предоставлять Пациенту (Заказчику) сведения в доступной форме об основных потребительских свойствах оказываемых медицинских услуг, в том числе о возможных неблагоприятных последствиях, которые могут возникнуть не по вине Исполнителя.

2.1.11. Соблюдать медицинскую этику, хранить врачебную тайну, а также принимать меры к сохранности персональных данных Пациента (Заказчика) в соответствии с нормами действующего законодательства.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. При выявлении у Пациента (Заказчика) противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении, сообщив ему об этом.

2.2.2. Самостоятельно определять объем исследования и характер действий, необходимых для выбора медицинской услуги, количества и периодичности её проведения, давать иные рекомендации Пациенту (Заказчику).

2.2.3. Требовать от Пациента (Заказчика) соблюдения:

- графика прохождения процедур;

- соблюдения внутреннего режима нахождения у Исполнителя;

- соблюдения режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний лечащего врача, указанных в информированном добровольном согласии и медицинской карте.

2.2.4. Запрашивать необходимые сведения у Пациента (Заказчика), имеющие отношение к состоянию здоровья и влияющие на процесс оказания медицинской услуги, а также на её качество.

2.2.5. В случае неисполнения Пациентом (Заказчиком) требований, предъявляемых к нему Исполнителем и (или) предоставления неполной и/или неверной информации относительно состояния здоровья, перенесенных операций, наличия хронических заболеваний, наличия аллергических реакций на лекарственные препараты, самостоятельно принимаемых лекарственных препаратах на момент оказания услуги, и иной необходимой информации, ответственность за возможные последствия, в том числе негативные, такого неисполнения требований и (или) не предоставления информации несет Пациент (Заказчик). Исполнитель не несет ответственности за оказанные медицинские услуги по настоящему Договору, если докажет, что такие последствия наступили в результате нарушений Пациентом (Заказчиком) условий п. 2.2.3. настоящего Договора. В том числе Исполнитель имеет право отказать от исполнения настоящего Договора в одностороннем порядке при неисполнении Пациентом (Заказчиком) правил внутреннего распорядка и нарушении режима работы Исполнителя, рекомендаций и назначений Исполнителя, при этом уведомив Пациента (Заказчика) о причинах отказа письменно.

2.2.6. Неявка Пациента (Заказчика) на профилактический, контрольный осмотр, невыполнение рекомендаций лечащего врача является основанием для одностороннего расторжения договора по инициативе Исполнителя. При этом Исполнитель заранее уведомляет о расторжении Договора Пациента (Заказчика) в письменном виде.

2.2.7. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Пациента (Заказчика), достаточных для его идентификации.

2.2.9. Сотрудничать с иными медицинскими учреждениями и специалистами по вопросу оказания услуг, определенных предметом настоящего Договора.

2.3. Пациент (Заказчик) обязуется:

2.3.1. Принять и оплатить оказанные Исполнителем медицинские услуги согласно Прейскуранту, в том числе и дополнительные медицинские услуги, в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.3.2. Своевременно предоставлять Исполнителю необходимую информацию о состоянии своего перенесённых и хронических заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур и т.д. в целях обеспечения качественного оказания Исполнителем медицинской услуги. Данная информация оформляется Пациентом (Заказчиком) собственноручно в виде анкетных данных и хранится в медицинской карте, находящейся у Исполнителя.

2.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления Исполнителем данных медицинских услуг по настоящему Договору.

2.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка учреждения, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.3.5. Обеспечить явку в соответствии с предварительной записью. В случае отказа от записи, предупредить Исполнителя минимум за двадцать четыре часа до приема и определить удобное время визита.

2.3.6. Своевременно предоставить Исполнителю результаты лабораторных и иных исследований, необходимых для оказания медицинских услуг по настоящему Договору. Срок предоставления документов сообщается Пациенту (Заказчику) медицинским работником Исполнителя.

2.4. Пациент (Заказчик) имеет право:

2.4.1. На получение медицинских услуг в соответствии с обязательными требованиями порядка оказания медицинской помощи, и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

2.4.2. Требовать от исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и сертификатов оказываемых медицинских услуг согласно перечню медицинских услуг Исполнителя.

2.4.3. Получать от Исполнителя для ознакомления в устной, доступной для понимания и восприятия форме, любые сведения о содержании и проведении медицинских процедур, ходе лечения, данные проведенных обследований, информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличия заболевания, его динамики и прогнозе, методах лечения, связанные с ними риски, возможных вариантах медицинского вмешательства, их исследований и результатах промежуточного лечения и т.д.

2.4.4. Получать копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья в течение 20 (двадцати) рабочих дней с момента подачи письменного заявления.

2.4.5. Ознакомиться с оригиналом своей медицинской карты в течение 30 (тридцати) рабочих дней с момента получения Исполнителем письменного заявления.

2.4.6. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны).

2.4.7. Отказаться в письменной форме от получения услуги, согласно условиям настоящего Договора до момента начала ее оказания Исполнителем и получить обратно внесенную за предполагаемую услугу сумму за вычетом фактически понесенных расходов.

3. Порядок предоставления платных медицинских услуг.

3.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного Пациента (Заказчика) и его согласия приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет собственных средств, о чем свидетельствует подписание Пациентом (Заказчиком) настоящего Договора и Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

3.2. Лечащий врач Исполнителя, после предварительного собеседования и осмотра Пациента (Заказчика), устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты медицинских услуг, последствия медицинских услуг и предполагаемые результаты, степень риска медицинских услуг и возможные осложнения, информирует об этом Пациента (Заказчика) и получает его Информированное добровольное согласие, вносит перечень назначенных медицинских услуг в Приложение к Договору, после чего проводит комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в соответствии с Приложением.

3.3. Предоставление платных медицинских услуг осуществляется в соответствии с режимом работы Исполнителя.

3.4. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги после заключения настоящего Договора обеими сторонами и дачи Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство Пациентом (Заказчиком) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

3.5. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям Договора, а при отсутствии в Договоре условий об их качестве – требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

3.6. Исполнитель предоставляет Пациенту (Заказчику) по его требованию:

3.6.1. Информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

3.6.2. информацию об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, показаниях (противопоказаниях) к применению.

3.6.3. справку установленной формы для предъявления в налоговые органы РФ об оплате услуг в соответствии с перечнем медицинских услуг (лекарственных средств), суммы оплаты которых за счет собственных средств налогоплательщика учитываются при определении суммы социального налогового вычета.

3.7. Исполнитель обязан при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством РФ требования к оформлению и ведению медицинской документации.

4. Стоимость и порядок расчетов

4.1. Платные медицинские услуги предоставляются на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договора.

4.2. Стоимость оказываемой медицинской услуги определяется согласно утвержденному Исполнителем Прейскуранту и подтверждается в Приложении к настоящему договору.

4.3. Оплата услуг осуществляется Пациентом(Заказчиком) в порядке 100% -ной предоплаты, с согласия Пациента (Заказчика), до получения соответствующей услуги, или 100% оплаты после проведения процедуры, путем внесения наличных денежных средств в кассу или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на счет Исполнителя, в том числе с использованием банковских карт.

4.4. В процессе оказания стоимость медицинской услуги может быть изменена в связи с необходимостью проведения дополнительных процедур и иных мероприятий, изменения фактических затрат на лечение и других обстоятельств, которые невозможно было предусмотреть при заключении Договора. Увеличение стоимости обсуждается Исполнителем и Пациентом (Заказчиком) и при достижении договоренности вносится в Приложение, которые являются неотъемлемым дополнением к Договору.

5. Ответственность сторон

5.1. **В случае просрочки оказания услуг по вине Исполнителя Пациент (Заказчик) вправе по своему выбору потребовать:**

5.1.1. Назначения нового срока оказания услуги;

5.1.2. Соответствующего уменьшения стоимости предоставленной услуги, но не более 10%;

5.1.3. Исполнения услуги другим специалистом Исполнителя;

5.1.4. Расторжение Договора.

5.2. **В случае предоставления услуги ненадлежащего качества и урегулирования спора в досудебном порядке Пациент (Заказчик) вправе по своему выбору потребовать:**

5.2.1. Безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;

5.2.2. Соответствующего уменьшения цены предоставленной услуги, но не более 10%;

5.3. Исполнитель не несет ответственности по настоящему договору в случаях:

5.3.1. Появления осложнений, связанных с тем, что Пациент (Заказчик) не предоставил полную и достоверную информацию об имеющихся у него заболеваниях и иных обстоятельствах, влияющих на конечный результат предоставления услуги;

5.3.2. Если в связи с предоставлением медицинской услуги для предотвращения возможных осложнений Пациенту (Заказчику) были назначены дополнительные процедуры, иные рекомендации, включая рекомендации по образу жизни, но они не были выполнены Заказчиком;

5.3.3. Если негативные последствия наступили из-за нарушения установленного графика осмотров и проведения процедур, а также иных действий Пациента (Заказчика), ведущих к нарушению выбранной схемы проведения процедур и методики лечения;

5.3.4. Наступления указанных в Информированном добровольном согласии Пациента (Заказчика) негативных эффектов, обусловленных индивидуальными особенностями организма;

5.3.5. Вмешательства третьих лиц без согласования с Исполнителем по вопросам, связанным с предметом данного Договора в период его действия при надлежащем исполнении обязательств Исполнителем.

5.3.6. В случае неблагоприятного исхода медицинских услуг в связи с исходным состоянием здоровья Пациента (Заказчика), а так же в случаях возникновения предполагаемых осложнений или ненаступления результата медицинских услуг, возможность возникновения которых была указана и согласована при подписании Информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг (Приложение № 2), Исполнитель перед Пациентом (Заказчиком) ответственности не несет.

5.4. В остальных случаях Исполнитель несет ответственность в рамках действующего законодательства РФ.

5.5. Исполнитель не несет ответственность за последствия нарушения Пациентом п.п. 5.3.1, 5.3.2, 5.3.3, 5.3.4, 5.3.5, 5.3.6 настоящего Договора, в данном случае Исполнитель вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения гарантийных обязательств перед Пациентом.

6. Дополнительные условия

6.1. Медицинская услуга, оказанная по настоящему Договору, является услугой ненадлежащего качества, если предприняты ненадлежащие или не предприняты надлежащие профессиональные действия, либо осуществлены недолжным образом, либо недолжного объема, либо не в должный срок.

6.2. Отсутствие желаемого Пациентом (Заказчиком) результата, если Исполнитель при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательств и условиям договора, предпринял все необходимые профессиональные действия, не является основанием для признания услуги оказанной с ненадлежащим качеством.

6.3. В процессе предоставления медицинской услуги возможно проведение дополнительных процедур и иных мероприятий, чего нельзя было предусмотреть сторонами при заключении Договора.

7. Разрешение споров

7.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом (Заказчиком) по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами рассматривается Врачебной комиссией Исполнителя. В случае неустранения разногласий, споры рассматриваются Врачебной комиссией Исполнителя с привлечением Экспертов. Понимая субъективность оценки эстетического и косметического результатов медицинских услуг, стороны договорились проводить оценку результатов не ранее сроков, указанных в Информированном добровольном согласии на оказание платных медицинских услуг (Приложение № 2), путем оценки результатов на Врачебной комиссии Исполнителя в присутствии Пациента (Заказчика).

7.2. При возникновении разногласий по вопросу качества оказанных услуг до обращения Пациента (Заказчика) в суд возможно предъявление письменной претензии Исполнителю, которая должна быть рассмотрена в течение одного месяца.

7.3. При невозможности разрешения спора в досудебном порядке, он подлежит урегулированию в суде, согласно действующему законодательству.

8. Заключительные положения

8.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

8.2. Подписывая настоящий Договор, Пациент (Заказчик) предоставляет право Исполнителю, при необходимости, провести оценку качества и эстетического результата оказанных медицинских услуг, разрешая при этом передачу врачам, проводящим оценку качества, информации о состоянии его здоровья, содержащейся в медицинской карте. При этом Исполнитель обязуется предупредить последних о необходимости соблюдения врачебной тайны.

8.2.1. Все приложения, указанные в настоящем договоре, рассматриваются сторонами как неотъемлемые составные части настоящего договора.

8.3. Договор вступает в силу с момента подписания и действует до окончательного подтверждения результатов медицинской услуги, внесенных лечащим врачом в медицинскую карту Пациента

9. Адреса и Реквизиты сторон

Исполнитель:

Общества с ограниченной ответственностью

«Заффиро Клиник»

Место нахождения: 127006, Город Москва, ул.

Краснопролетарская, д. 7 эт. 1/пом. XXVII

ИНН/КПП 7707431340/770701001

ОГРН 1197746388091,

р/с 40702810401500082919

Банк: ООО "Банк Точка"

БИК 044525104

Генеральный директор _____

/Назаркина Ксения Андреевна/

м.п.

Заказчик:

Адрес места жительства: _____

Паспорт: серия _____ № _____ выдан _____

« ____ » _____ 20__ г.

Телефон для связи: _____

_____ / _____ /

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ УСЛУГ, ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, МЕДИЦИНСКОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____,

Паспорт: серия _____ № _____, выдан _____
«___» _____ г., зарегистрированный по адресу: _____

в рамках договора об оказании платных услуг желаю получить в Общества с ограниченной ответственностью «Заффиро Клиник» (далее по тексту – Учреждение и/или ООО «Заффиро Клиник») платные услуги и даю свое согласие на:

1. На оказание платных услуг.

1.1. Я получил от сотрудников ООО «Заффиро Клиник» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных услуг и готов ее оплатить.

1.2. Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен (на) оплатить стоимость оказанных услуг в соответствии с ними.

2. На обработку персональных данных.

2.1. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 "О персональных данных" N 152-

ФЗ (в редакции от 05.04.2013г.) подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Заффиро Клиник» моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

2.2. Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях выполнения обязательств по договору оказания платных услуг.

2.3. Настоящее согласие предоставляется на осуществление особых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных целей, а так же даю свое согласие на получение результатов лабораторных исследований на мой электронный адрес: _____.

2.4. При передаче результатов лабораторных исследований по открытым каналам связи (электронная почта) ООО «Заффиро Клиник» не несет ответственности в случае возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации.

2.5. Я подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

3. На медицинское вмешательство.

3.1. Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения необходимых манипуляций (процедур), выполняемых в рамках заключенного настоящего договора.

3.2. Мне полностью ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительного вмешательства (лечения).

3.3. Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

3.4. Я предупрежден (а) о фактах риска и понимаю, что проведение оперативного лечения сопряжено с риском потери крови, возможности инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем органов, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

3.5. Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях, травмах, операциях, в том числе носительстве ВИЧ инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

3.6. Я согласен (а), что при несоблюдении назначений и рекомендаций, лечащий врач не несет ответственности за результаты моего лечения.

3.7. Я согласен (а), что в случае ухудшения самочувствия, при появлении первых признаков осложнений на фоне проводимого лечения я должен (а) незамедлительно обратиться к лечащему врачу или заведующему отделением.

4. Настоящее согласие действует бессрочно. Пациент вправе отозвать свое согласие на обработку Персональных данных посредством передачи Учреждение и/или ООО «Заффиро Клиник») соответствующего письменного заявления на бумажном носителе. Направление заявление по электронной почте или передача через третьих лиц допускается исключительно при нотариальном заверении подписи на заявлении.

Я поручаю назначить третье лицо в качестве моего представителя в отношениях с Учреждение и/или ООО «Заффиро Клиник»):

ДА НЕТ

(сведения о Представителе – ФИО, дата рождения, адрес места жительства, реквизиты документа, удостоверяющего личность, контактный телефон и адрес электронной почты.) Представитель Пациента вправе получать у Учреждение и/или ООО «Заффиро Клиник») любую информацию в отношении Пациента, в том числе сведения, составляющие врачебную тайну, по предъявлении документа, удостоверяющего личность. Пациент обязан уведомить представителя о передаче его персональных данных Учреждение и/или ООО «Заффиро Клиник»). Обработка персональных данных представителя Пациента прекращается после поступления от представителя соответствующего заявления.

5. Я согласен получать результаты медицинских исследований (анализов), медицинские заключения, отчеты, информационные сообщения, связанных с оказанием медицинских услуг, на указанный мной в настоящем заявлении адрес электронной почты:

ДА НЕТ

Я согласен с тем, что сведения будут направляться через открытые каналы связи в сети Интернет (и поступать на незащищенные электронные адреса получателя, в связи с чем, Учреждение и/или ООО «Заффиро Клиник не несет ответственность за несанкционированный доступ к таким сведениям третьих лиц.

Я согласен получать рекламные предложения (сообщения) Учреждения и/или ООО «Заффиро Клиник с использованием моих контактных данных, указанных в настоящем заявлении:

ДА НЕТ

Я согласен на проведение фото и видеосъемки Учреждением и/или ООО «Заффиро Клиник

ДА НЕТ

4. Я удостоверяю, что текст моего добровольного информированного согласия на оказание платных медицинских услуг, на обработку персональных данных, на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов платных услуг и даю согласие на их применение.

Потребитель

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