ДОГОВОР №

**оказания платных медицинских услуг**

**г. Красноярск 2020 г.**

**ООО «ПАНАКЕЯ»**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора **Матвеенко Лилии Фаритовны**, действующей на основании Устава, с одной стороны и

**ООО «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»**, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице Генерального директора/Директора **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, действующего (щей) на основании **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, с другой стороны, совместно именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. **Предмет договора**
	1. Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию платных медицинских услуг по диагностике коронавирусной инфекции COVID-2019, а Заказчик обязуется оплачивать медицинские услуги, оказываемые Исполнителем, в порядке и на условиях, установленных настоящим Договором.
2. **Обязанности сторон**

**2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. предоставлять услуги в соответствии с условиями Договора и требованиями законодательства;

2.1.2. оказывать качественное, полное и своевременное выполнение исследований согласно перечню, ценам и в сроки, указанным в счете Исполнителя, а также в соответствии с установленными профессиональными стандартами, нормативами и правилами медицинской деятельности;

2.1.3. направлять своих представителей для выполнения Преаналитического этапа (после оплаты счета согласно п. 3.2. Договора) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2.1.4 выполнять иные принятые обязательства и условия настоящего Договора.

**2.2. Заказчик обязуется:**

2.2.1. создать заявку-реестр на проведение исследования.

2.2.2. обеспечить прохождение анкетирования всеми потенциальными пациентами по форме, приведенной в Приложении № 4 к Договору, с последующим предоставлением заполненных Пациентами анкет представителю Исполнителя;

2.2.3. предоставлять отдельное помещение, оборудованное раковиной, позволяющее Исполнителю выполнять Преаналитический этап;

2.2.4. своевременно и в полном объеме оплачивать услуги Исполнителя в соответствии с условиями п. 3.2. Договора;

2.2.5. информировать Пациентов об обязательных правилах подготовки к взятию биологического материала, указанных на сайте Исполнителя панакея.рф

2.2.6. в установленном законом порядке получить согласие Пациента на обработку его персональных данных, в том числе на передачу таких данных Исполнителю;

2.2.7. до приезда представителя Исполнителя оказать содействие в подписании Пациентами необходимых для оказания медицинских услуг согласий по форме, приведенной в Приложении № 2, Приложении № 3;

2.2.8. выполнять иные принятые обязательства и условия настоящего Договора.

1. **Стоимость услуг и порядок расчетов**

3.1. Стоимость услуг Исполнителя по настоящему Договору, указывается в Приложении № 1.

3.2. Заказчик обязуется произвести оплату за оказанные медицинские услуги путем 100 % предоплаты по выставленному Исполнителем счету. Датой оплаты Заказчиком услуг Исполнителя считается день зачисления денежных средств в полном объеме на расчетный счет Исполнителя.

3.3. Акт оказанных услуг и приложение к нему направляются Исполнителем Заказчику в течение 10 (десяти) календарных дней по окончании расчетного периода. Расчетный период совпадает с календарным месяцем.

3.4. С момента получения акта оказанных услуг Заказчик обязуется подписать его и вернуть один экземпляр Исполнителю в течение 5 (пяти) рабочих дней либо письменно предоставить Исполнителю мотивированный отказ от подписания данного Акта. В противном случае, по истечении указанного срока акт оказанных услуг считается подписанным, а оказанные медицинские услуги принятыми Заказчиком, в полном объеме.

3.5. Исполнитель по мере необходимости направляет Заказчику акты сверки взаимных расчетов по настоящему Договору, которые Заказчик обязуется в течение не более 5-ти рабочих дней с даты получения подтвердить или указать расхождения, заверить печатью и 1 экземпляр предоставить Исполнителю. В противном случае акт считается подписанным без расхождений, а Заказчик – выразившим согласие с содержанием акта.

**4. Порядок оказания услуг**

4.1. Исполнитель силами привлеченных им третьих лиц организует проведение Лабораторных исследований биологического материала Пациентов Заказчика на основании Заявок полученных от Заказчика.

4.2. Выезд представителя Исполнителя на указанный в п. 2.1.3. Договора адрес осуществляется не ранее зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, согласно п. 3.2. Договора.

4.3. Дата и время выезда представителей Исполнителя согласуется Сторонами дополнительно, путем обмена сообщениями по электронной почте, указанной в реквизитах Договора.

4.4. Заказчик в день приезда представителя Исполнителя передает последнему подписанные Пациентами оригиналы документов, указанных в п. 2.2.2. и п. 2.2.7. Договора.

4.5. Исполнитель передает Заказчику результаты исследований на бланках-ответах Исполнителя.

4.6. Для расчета сроков оказания услуг день поступления биоматериала к Исполнителю считается моментом начала оказания услуг.

**5. Ответственность Сторон**

**5.1. Ответственность Исполнителя:**

5.1.1. В случае некачественного оказания Исполнителем медицинских услуг, подтвержденного актом независимой экспертизы, повторное их оказание и оплата услуг эксперта осуществляются за счет Исполнителя. При этом в качестве экспертных организаций (эксперта) могут привлекаться исключительно организации, входящие в систему Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

5.1.2. Исполнитель не несет ответственности за некачественное и/или несвоевременное оказание услуг, если это произошло по вине Заказчика или несоблюдения Пациентом правил подготовки к исследованиям, указанных на сайте Исполнителя.

**5.2. Ответственность Заказчика:**

5.2.1. В случае, если при выезде представителя Исполнителя Заказчик не предоставил представителю Исполнителя помещение согласно п. 2.2.3. Договора и/или не обеспечил возможности представителю Исполнителя осуществить забор биоматериала (отсутствие Пациента/ов), такой выезд Исполнителя считается ложным, а уплаченные Исполнителю денежные средства в размере стоимости Заказа не подлежат возврату Заказчику в полном объеме.

5.2.2. В случае нарушения Заказчиком пунктов 2.2.1., 2.2.2. и 2.2.8. Исполнитель вправе отказать Пациенту в предоставлении услуг без возврата Заказчику уплаченных денежных средств.

**6. Порядок разрешения разногласий**

6.1. В случае несогласия Заказчика с качеством оказания Исполнителем медицинских услуг Заказчик предъявляет Исполнителю претензию в письменном виде. Претензии по результатам исследований (оказанным услугам) принимаются в течение 10 (десяти) календарных дней с момента передачи результата Заказчику. По истечении указанного срока претензии по результатам исследований (оказанным услугам) от Заказчика не принимаются.

6.2. К претензии прилагаются медицинские документы (амбулаторные карты пациентов, данные объективных видов исследования), позволяющие дать оценку результатов исследований в совокупности с клиническими данными конкретного пациента.

6.3. Исполнитель обязан рассмотреть поступившую претензию и направить письменный ответ Заказчику в срок, не превышающий 3 (трех) рабочих дней со дня получения претензии.

6.4. В случае возникновения разногласий между Сторонами по результатам оказанных услуг при наличии биологического материала, поступившего от Заказчика, и технических возможностей исследование может быть проведено Исполнителем повторно.

6.5. Все споры, возникающие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров. В случае не достижения Сторонами согласия, споры решаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации в Арбитражном суде г. Красноярска.

**7. Форс-мажор**

7.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, а именно: пожара, стихийных бедствий, эпидемиологической обстановки, военных операций любого характера, сбой программного обеспечения и работы анализаторов вследствие отключения электроэнергии и других, не зависящих от Сторон обстоятельств.

**8. Конфиденциальность**

8.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора. Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того было ли это нарушение совершено преднамеренно или случайно.

8.2. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны.

8.3. Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация:

- сведения о заболеваниях пациентов;

- о форме и содержании Договора;

- о выплатах за услуги, оказанные Исполнителем Заказчику, а также иная информация, разглашение которой может причинить вред интересам Сторон.

**9. Дополнительные положения**

9.1. Изменения и дополнения к настоящему Договору действительны, если они совершены в письменной форме и подписаны полномочными представителями Сторон.

9.2. Настоящий договор составлен в двух идентичных экземплярах по одному для каждой из Сторон. Оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

9.3. Все приложения и дополнения к настоящему Договору, после их оформления в письменном виде и подписания уполномоченными представителями Сторон, являются неотъемлемой частью Договора.

9.4. При изменении адреса, банковских реквизитов Стороны обязуются письменно извещать друг друга о таких изменениях в пятидневный срок. Письменные сообщения, переданные по последнему известному адресу, считаются переданными надлежащим образом. Сторона признается получившей письменное сообщение по истечение 5 (пяти) календарных дней с даты отправки сообщения посредством почтовой связи или курьером по адресу, либо по номеру телефона (факса) указанному в разделе 12 настоящего Договора.

1. **Персональные данные**

|  |
| --- |
| 10.1. Стороны утвердили нижеследующие положения по обработке персональных данных, предоставляемых друг другу и обрабатываемых Сторонами в целях исполнения настоящего Договора. |
| 10.2. Ответственность за получение согласия на обработку персональных данных возлагается на передающую Сторону. Передача персональных данных без согласия субъекта ПДн запрещается. В согласие на обработку персональных данных персональных данных включаются в том числе: фамилии, имени, отчества; даты рождения; почтовых адресов (по месту регистрации и для контактов); сведений о гражданстве; номере основного документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных, сведений о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе; адресах электронной почты; номерах телефонов; номерах факсов, иной информации, относящейся к прямо или косвенно определенному субъекту персональных данных. |
| 10.3. Стороны в целях исполнения настоящего Договора, руководствуясь положениями Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», предоставляют друг другу право осуществлять обработку персональных данных (субъекта персональных данных), под которой понимаются действия (операции) каждой из Сторон с персональными данными, включая следующие правомерные действия (операции) с персональными данными: сбор и накопление; хранение в течение срока, установленного действующими нормативно-правовыми актами, но не менее 5 (Пять) лет с даты прекращения действия настоящего Договора; уточнение (обновление, изменение); использование; блокирование; уничтожение; обезличивание; передача, в т.ч. трансграничная, третьим лицам, с соблюдением мер, обеспечивающих защиту персональных данных от несанкционированного доступа.10.4. Каждая из Сторон на основании соответствующего письменного запроса, поступившего от другой Стороны, предоставляет последней подтверждение факта получения согласия субъектов на осуществление передачи и обработки их персональных данных (согласно в п. 10.3 настоящего Договора), либо подтверждение наличия иных законных оснований для осуществления такой передачи и обработки персональных данных субъектов и подтверждение факта надлежащего уведомления субъектов о такой передаче их персональных данных. |
| 10.5.Требование о прекращении обработки персональных данных должно быть направлено одной Стороной в форме соответствующего уведомления в простой письменной форме в адрес другой Стороны. |

10.6. Каждая из Сторон обязуется обеспечивать конфиденциальность персональных данных, полученных от другой Стороны в целях выполнения своих обязательств по настоящему Договору, в соответствии с требованиями статьи 7 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

10.7. Каждая из Сторон обязуется возместить другой Стороне убытки в размере документально подтвержденного реального ущерба, причиненного вследствие нарушения этой Стороной конфиденциальности полученных персональных данных при их обработке.

1. **Срок действия договора**

11.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами. Датой подписания признается дата, указанная в преамбуле Договора.

11.2. Настоящий Договор действует в течение неограниченного срока.

11.3. С даты вступления настоящего Договора в силу все имеющиеся договоренности между Сторонами теряют свою юридическую силу, в том числе и ранее подписанные Договоры.

11.4. Действие настоящего Договора может быть приостановлено любой из Сторон, при условии письменного уведомления другой стороны не менее, чем за 10 (десять) календарных дней. Исполнитель оставляет за собой право приостановить действие настоящего Договора в случае фактического прекращения сотрудничества по Договору.

11.5. Любая из Сторон вправе по собственной инициативе расторгнуть настоящий Договор при условии предварительного письменного уведомления другой Стороны не менее, чем за 30 (тридцать) календарных дней.

11.6. Приостановление или расторжение настоящего Договора не освобождает Стороны от ответственности за его нарушение.

11.7. Обязательства сторон прекращаются после завершения между Сторонами всех взаиморасчетов по Договору и подписания соответствующего Акта.

- Приложение №1 – Прейскурант.

-Приложение №2 – Форма «Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств.»

- Приложение №3 – Форма «Согласие на обработку персональных данных»;

- Приложение № 4 – Форма «Анкета пациента для прохождения теста на коронавирус SARS-COV-2».

- Приложение № 5 – Форма Заявки-реестра на проведение исследования.

1. **Адреса и реквизиты сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель:**ООО «ПАНАКЕЯ»**Юридический адрес: 660118, г. Красноярск, ул. Урванцева 8а, помещение 189Фактический адрес: 660118, г. Красноярск, ул. Урванцева 8а, помещение 189ИНН 2465147176; КПП 246501001р/с 40702810909530000513в БАНК "ЛЕВОБЕРЕЖНЫЙ" (ПАО)БИК 045004850к/с 30101810100000000850 | Заказчик:**ООО** Юридический адрес: Фактический адрес: ОГРН ИНН / КППр/с в к/с БИК E-mail: |
| **Контактные телефоны:** +7 (391) 2-968-100, +7-963-25-777-52 | **Контактные данные** |
| **E-mail:**  info@mcpanakeya.ru |  |
| Директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Л.Ф. МатвеенкоМ.П. | Генеральный директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/М.П. |

**Приложение №1 к Договору №\_\_\_\_от \_\_.\_\_\_.2020г.**

**оказания платных медицинских услуг**

**Прейскурант цен**

**на платные медицинские услуги,**

**оказываемые ООО «ПАНАКЕЯ» для ООО**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№пп** | **Наименование услуги** | **Стоимость** (**за одно исследование)** |
| 1 |  |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Л.Ф. МатвеенкоМ.П. | Генеральный директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/М.П. |

**Приложение №2 к Договору №\_\_\_\_от \_\_.\_\_\_.2020г.**

**оказания платных медицинских услуг**

**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**

(по форме Приложения № 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 № 1177н)

Я, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р.**

зарегистрированный по адресу: **Россия, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(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 в **ООО «Панакея» (2465147176)** первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(** ФИО и дата рождения представляемого гражданина)

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними прогнозируемые риски, 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 здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

 (дата оформления)

|  |  |
| --- | --- |
| Директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Л.Ф. МатвеенкоМ.П. | Генеральный директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/М.П. |

**Приложение №3 к Договору №\_\_\_\_от \_\_.\_\_\_.2020г.**

**оказания платных медицинских услуг**

**Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных**

Я, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р.**

адрес **Россия,** ,

паспорт **серия номер выдан: г.,** *,*
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку персональных данных.

**Наименование организации, получающей согласие субъекта персональных данных** : ООО «Панакея»

**Юридический адрес:** 660125, г. Красноярск, ул. Урванцева, д. 8а, помещение №189

**Цель обработки персональных данных**: оказание медицинских услуг.

**Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных**:

фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизита паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных).
Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: внесение персональных данных в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), ФМС, обмен (прием и передача) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, ФМС с использованием машинных носителей или по каналам связи.
**Срок, в течение которого действует согласие** : настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

**Порядок отзыва согласия** : отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных соответствующего письменного заявления оператору, получившему согласие.

Дата
Подпись гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

|  |  |
| --- | --- |
| Директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Л.Ф. МатвеенкоМ.П. | Генеральный директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/М.П. |

**Приложение №4 к Договору №\_\_\_\_от \_\_.\_\_\_.2020г.**

**оказания платных медицинских услуг**

АНКЕТА ПАЦИЕНТА ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ ТЕСТА НА КОРОНАВИРУС SARS-COV-2

(Анкета заполняется пациентом собственноручно)

Фамилия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный номер телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПАСПОРТ

Серия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ОТВЕТЬТЕ ПОЖАЛУЙСТА НА ВОПРОСЫ: | ДА | НЕТ |
| Посещали ли Вы за последние 14 дней эпидемиологически неблагополучные по 2019-nCoV страны и регионы  |  |  |
| Имели ли Вы контакты за последние 14 дней с лицами, находящимися под наблюдением по инфекции, вызванной новым коронавирусом2019-nCoV, которые в последующем заболели |  |  |
| Имели ли Вы контакты за последние 14 дней с лицами, у которых лабораторно подтвержден диагноз 2019-nCoV |  |  |
| Были ли у Вас в течение последних 5 дней проявления инфекционного заболевания: температура выше 37,5, кашель, насморк и прочее |  |  |

ВНИМАНИЕ!!!!

ВЗЯТИЕ БИОМАТЕРИАЛА осуществляется только у пациентов без признаков заболевания ОРВИ и не бывших в контакте с лицами больными и лицами, имеющими подтвержденный положительный тест на коронавирусную инфекцию. При наличии ответа «Да» хотя бы на один из вопросов анкеты - взятие биоматериала не осуществляется.

Подпись: Дата:

|  |  |
| --- | --- |
| Директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Л.Ф. МатвеенкоМ.П. | Генеральный директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/М.П. |

**Приложение №5 к Договору №\_\_\_\_от \_\_.\_\_\_.2020г.**

**оказания платных медицинских услуг**

**ЗАЯВКА-РЕЕСТР на проведение исследования**

 **Наименование организации (Заказчика) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Дата заявки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Ф.И.О. пациента** | **Дата рождения** | **№ полиса****(Для страховых организаций)** | **Телефон** | **Адрес регистрации** | **Адрес фактического проживания** | **Наименование Организации** |
| 1 |   |   |   |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |   |   |   |
| … |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Л.Ф. МатвеенкоМ.П. | Генеральный директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/М.П. |