В соответствии с п. п.24 Постановления Правительства РФ № 736 от 11.05.2023 я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до заключения договора уведомлен (а) ООО ЦАМ «ЗДОРОВЬЕ» о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Клиники (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья/здоровья пациента.

Ознакомлен (а)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_\_\_

на оказание платных медицинских услуг

г. Красноярск «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_г.

Общество с ограниченной ответственностью «Центр Амбулаторной Медицины «Здоровье» (далее по тексту ООО ЦАМ «ЗДОРОВЬЕ»), именуемое в дальнейшем «Клиника», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_с одной стороны, и гражданин (-ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в лице законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с другой стороны, именуемый (-ая) в дальнейшем «Пациент», заключили настоящий договор о нижеследующем:

Термины и определения в настоящем Договоре.

Пациент - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично, в соответствии с Договором;

Заказчик - физическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с Договором в пользу Пациента;

Клиника - медицинская организация, оказывающая платные медицинские услуги в соответствии с Договором;

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

* 1. Клиника обязуется по заданию Пациента оказать медицинские услуги (далее Услуги) по своему профилю деятельности в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01019-24/00344046 от 31.01.2019г. (действует бессрочно), выданной Министерством здравоохранения Красноярского края, согласно Прейскуранту на платные медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.

Перечень работ, составляющих медицинскую деятельность ООО ЦАМ «ЗДОРОВЬЕ» в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (Приложение № 1).

* 1. Предоставляемые в рамках настоящего Договора медицинские услуги являются разными, отделенными по времени и технологическим подходам друг от друга, самостоятельными медицинскими услугами. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с Правилами предоставления платных медицинских услуг, порядками и стандартами оказания медицинской помощи, а также действующими клиническими рекомендациями, утвержденными в установленном порядке федеральными органами исполнительной власти.
	2. Перечень Услуг, предоставляемых Пациенту в соответствии с Договором, стоимость и сроки этих услуг, указываются в приложениях, являющихся неотъемлемой частью Договора (далее «Приложения»).

2. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Условием предоставления Услуг является заключение Сторонами в письменной форме настоящего Договора.

2.2. Перечень видов деятельности Клиники указан в лицензии на осуществление медицинской деятельности.

2.3. Услуги, оказываемые Клиникой, соответствуют номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, при наличии согласия потребителя и (или) заказчика.

2.4. Информация о режиме работы Клиники, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Клиники в соответствии с лицензией, прейскурант (перечень) услуг с указанием цен в рублях, положение об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, правила внутреннего распорядка для потребителей услуг (Пациентов), а также сведения о специалистах Клиники, об уровне их профессионального образования и квалификации, а также иная установленная действующим законодательством Российской Федерации информация, размещается на сайте Клиники в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (http://панацея24.рф), а также на информационном стенде в помещении Клиники.

2.5. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, решаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

3.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. **Клиника обязуется:**

3.1.1. Обеспечить соответствие Услуг требованиям и качеству, установленными действующим законодательством Российской Федерации.

3.1.2. Использовать методы профилактики, диагностики, лечения и медицинские технологии, разрешенные к применению действующим законодательством Российской Федерации.

3.1.3. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.

3.1.4. Осуществлять обработку персональных данных Пациента и Заказчика в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2000 г. №152-ФЗ «О персональных данных».

3.1.5. Вести медицинскую документацию в установленном порядке, обеспечивать ее учет и хранение.

3.1.6. По письменному запросу Пациента или уполномоченных им лиц предоставлять копии медицинской документации, отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы, а также по письменному запросу Пациента предоставлять документы, необходимые для получения социальных налоговых вычетов, согласно Налогового Кодекса Российской Федерации. Запрашиваемые документы предоставляются Пациенту или уполномоченному им лицу в виде копий, или направляются на электронную почту Пациента, указанную в настоящем договоре (п. 7), либо в запросе.

3.2. **Пациент/Заказчик обязуется:**

3.2.1. До оказания Услуги сообщить сведения об имеющихся у него заболеваниях, противопоказаниях к применению средств и препаратов, процедур, а также иную информацию, которая может повлиять на результат Услуги.

3.2.2. Заботиться о сохранении своего здоровья, соблюдать предписания лечащего врача, режим лечения.

3.2.3. Немедленно извещать Клинику об изменениях в состоянии здоровья в процессе оказания Услуг и по его завершению.

3.2.4. Своевременно принять и оплатить Услуги Клиники согласно Договору и Приложениям.

3.2.5. Соблюдать правила поведения, установленные внутренним распорядком Клиники и нормативно-правовыми актами РФ. Бережно относиться к имуществу Клиники.

3.3. **Клиника вправе:**

3.3.1. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема, по согласованию с Пациентом, направить последнего к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации.

3.3.2. Оказывать Услуги по настоящему Договору и Приложениям своими силами или привлекать третьих лиц, за действия которых Клиника несет ответственность перед Пациентом, как за свои собственные

3.3.3. Не приступать к оказанию новых Услуг, а начатые Услуги приостановить в случае неоплаты или несвоевременной оплаты Пациентом Услуг в соответствии с Договором и Приложениями, а также в случае, если Пациент настаивает на лечении, которое не соответствует действующим стандартам, требованиям к технологии, медицинским показаниям.

3.3.4. Отказаться от оказания услуг по Договору при нарушении Пациентом или Заказчиком условий настоящего Договора, Правил предоставления Клиникой платных медицинских услуг, а также при несоблюдении Пациентом правил оказания медицинских услуг или нарушения предписаний и рекомендаций врачей-специалистов Клиники, выявления у Пациента противопоказаний, препятствующих сказанию услуг.

3.4. **Пациент/Заказчик имеет право:**

3.4.1. Получать в доступной для него форме имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисками, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

3.4.2. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, а также на отказ от медицинского вмешательства, оформленные в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

3.4.3. На выбор лечащего врача с учетом возможностей Клиники.

3.4.4. В любой момент отказаться от медицинской услуги, при этом Заказчик обязан оплатить Клинике фактически понесенные расходы, связанные с оказанием Пациенту медицинских услуг.

4. ОПЛАТА УСЛУГ

4.1. Оплата Услуг Клиники производится путем внесения наличных денежных средств в кассу Клиники и/или, по выбору Пациента, в безналичном порядке, в том числе путем расчетов с использованием платежных карт.

4.2. Пациент оплачивает Услугу после ее принятия. С согласия Пациента Услуга может быть оплачена путем предварительной оплаты.

4.3. После оказания Услуг, Пациенту выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных Услуг. Совместно с документом, подтверждающим произведенную оплату предоставленных Услуг, Пациенту выдается Акт выполненных работ, оказанных услуг.

4.5. Перечень и цена оказываемых Клиникой медицинских услуг предусмотрены в Прейскуранте, действующем на дату оказания медицинской услуги. Все расчеты по настоящему Договору осуществляются в рублевом эквиваленте. Прейскурант цен размещается на официальном сайте Клиники, а также находятся на информационном стенде Клиники.

Клиника вправе изменять Прейскурант цен в период действия Договора. Информация об изменении стоимости медицинских услуг, а также измененный Прейскурант цен доводятся до Заказчика (Пациента) путем размещения на официальном сайте Клиники и на информационном стенде.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий Договора виновная Сторона несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ и настоящим Договором.

5.2. Стороны устанавливают, что Клиника освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по оказанию медицинских услуг, если это было обусловлено:

• непредставлением Пациентом Клинике (лечащему врачу и/или иному специалисту) надлежащей информации для оказания услуг, равно как и предоставление недостоверной или ложной информации;

• нарушением Пациентом режима лечения, правил нахождения в Клинике и правил оказания отдельных видов услуг, с которыми Пациент должен быть предварительно ознакомлен перед их оказанием;

• неисполнением Пациентом предписаний лечащего врача или иного специалиста Клиники;

• осуществлением Пациентом на любой стадии лечения каких-либо несогласованных с врачом действий, прямо или косвенно влияющих на ход проводимого курса лечения (в том числе самолечение, использование рекомендаций иных специалистов или иных третьих лиц);

• сокрытием или несвоевременным предоставлением Пациентом сведений лечащему врачу о произошедшем ухудшении состояния здоровья.

5.2. Сторона освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по Договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы или по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

5.3. В случае несвоевременной оплаты оказанных услуг Заказчиком Клиника вправе осуществить следующие меры как в отдельности, так и в совокупности:

• приостановить предоставление медицинских услуг Пациенту до полного погашения образовавшейся задолженности, за исключением состояний, угрожающих жизни Пациента;

• потребовать от Заказчика уплаты неустойки в размере 0, l% от неуплаченной суммы за каждый календарный день просрочки платежа;

• обратиться в судебные органы Российской Федерации для взыскания образовавшейся задолженности с Заказчика в пользу Клиники;

• расторгнуть Договор в одностороннем порядке.

5.4. В случае возникновения разногласий между Клиникой и Заказчиком/Пациентом, спор между Сторонами рассматривается в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Обработка персональных данных Пациента осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных».

6.2. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.

6.3. Договор может быть изменен по соглашению Сторон путем составления дополнительного соглашения в письменной форме, подписанного уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

6.4. Договор может быть расторгнут по взаимному соглашению Сторон или требованию одной из Сторон в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

6.5. Договор составлен в двух экземплярах по одному для каждой из Сторон. Оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

6.6. При предъявлении пациентом и (или) заказчиком требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Клиника рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

ООО ЦАМ «ЗДОРОВЬЕ», на основании п.7. Постановления Правительства РФ № 736 от 11.05.2023, при заключении настоящего договора предоставило пациенту и (или) заказчику в доступной форме информацию 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.

Ознакомлен (а)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

В соответствии с п. п.11 Постановления Правительства РФ № 736 от 11.05.2023 я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

даю свое согласие на оказание Клиникой услуг в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи при необходимости, без заключения отдельного договора иди дополнительного соглашения к имеющемуся договору.

Ознакомлен (а)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

7. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| КЛИНИКА | ПАЦИЕНТ/ЗАКАЗЧИК |
| ООО ЦАМ «ЗДОРОВЬЕ» | ФИО |
| Юридический и фактический адрес: 660012, Россия, Красноярский край, г. Красноярск, ул. Карамзина, д. 30А ИНН 2464123140 КПП 246401001 ОГРН 1152468052032 | Адрес |
| АО "Дальневосточный банк" г. Владивосток БИК 040507705р/с 40702810600390000334 к/с 30101810900000000705 | Паспорт |
| Телефон +7 (391) 234-37-11 kraszdorovie@mail.ru | Тел. эл.почта |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) (ФИО) (подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) (ФИО) (подпись) |

Приложение № 1

к договору на оказание платных медицинских услуг

Перечень работ, составляющих медицинскую деятельность ООО ЦАМ «ЗДОРОВЬЕ», в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01019-24/00344046 от 31.01.2019 г.: выдана Министерством здравоохранения Красноярского края, адрес местонахождения: 660021, г. Красноярск, ул. Горького, 3к.

660012, Красноярский край, г. Красноярск, ул. Карамзина, д. 30 "А", помещение 1, помещение 2, помещение 3. Выполняемые работы, оказываемые услуги: Приказ 866н;

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; медицинской статистике; медицинскому массажу; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: общей врачебной практике (семейной медицине); педиатрии; терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; гематологии; дерматовенерологии; детской кардиологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; детской эндокринологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической фармакологии; колопроктологии; косметологии; мануальной терапии; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; ревматологии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); кардиологии; клинической лабораторной диагностике; неврологии; ультразвуковой диагностике; функциональной диагностике; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе профессиональной пригодности; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым); При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством; психиатрическому освидетельствованию

Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных, видеонаблюдение и аудиозапись

в ООО ЦАМ «ЗДОРОВЬЕ»

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.р.

адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

в соответствии с требованиями ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку персональных данных своих / представляемого мною \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Наименование организации, получающей согласие субъекта персональных данных: ООО «Центр Амбулаторной Медицины «Здоровье», (ИНН 2464123140) (далее по тексту - Оператор) Юридический адрес: 660012, Россия, Красноярский край, г. Красноярск, ул. Карамзина, д. 30А лицензия № ЛО41-01019-24/00344046 от 31.01.2019 г.:

Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг.

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

фамилия, имя, отчество, пол, год, месяц, дата и место рождения, гражданство, место и дата регистрации, место жительства, адрес проживания, контактный телефон, электронная почта, реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, место работы, биометрические данные, реквизиты полиса ОМС (ДМС) (при наличии), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: автоматизированная, а также без использования средств автоматизации обработка персональных данных, а именно: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, 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. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну третьим лицам (организациям), имеющим договорные отношения с Оператором в сфере оказания медицинских услуг, в интересах моего обследования. (Договорные отношения с организациями, проводящими лабораторные исследования).

Предоставляю Оператору право направлять мне информационные сообщения по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в том числе, но не исключительно, о подтверждении, отмене, изменении даты и времени записи на прием к врачу, о готовности результатов исследований и анализов. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Оператор вправе передавать мои персональные данные в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ).

В соответствии со ст. ст. 152.2 Гражданского кодекса Российской Федерации, Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», я проинформирован и даю свое согласие на осуществление Оператором видеонаблюдения и аудиозаписи посредством использования видеокамер, установленных в переходах, коридорах, регистратуре и в кабинетах приема врачей
ООО ЦАМ «ЗДОРОВЬЕ», для создания условий для антитеррористической защищенности, обеспечения личной безопасности работников, пациентов, посетителей, обеспечения безопасной организации оказания медицинских услуг, контроля качества оказания услуг, выполнения Работниками Правил внутреннего трудового распорядка, обеспечения сохранности имущества и дорогостоящего оборудования, предупреждения возникновения чрезвычайных ситуаций, обеспечения противопожарной защиты здания, пресечения противоправных действий со стороны посетителей.

ООО ЦАМ «ЗДОРОВЬЕ» гарантирует, соблюдение мер, обеспечивающих защиту от несанкционированного доступа, все полученные данные строго конфиденциальны, будут защищены от доступа посторонних лиц или утраты и не будут распространяться или передаваться в открытое пользование.

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.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ДОСТУПА К ПЕРСОНАЛЬНЫМ ДАННЫМ ПАЦИЕНТА:

1. Направлять медицинскую информацию (результатов анализов/отчетов) по электронной почте, смс-сообщение: \_\_ ДА\_\_\_ НЕТ \*

2. Пациент вправе дать согласие на направление результатов медицинских исследований (результаты анализов), медицинских отчетов, информационных сообщений, связанных с оказанием медицинских услуг в Клинике на указанный Пациентом адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (при наличии).

Я осведомлен(а), что сведения будут направляться через публичную сеть Интернет (Оператор не гарантирует безопасность связи от несанкционированного доступа) и поступать на незащищенные электронные адреса представителя, в связи с чем, отправитель (Оператор) не может нести ответственность за несанкционированный доступ к таким сведениям третьих лиц.

 3. Осуществлять рассылку рекламных предложений Клиники с использованием моих контактных данных, указанных в настоящем Заявлении или иных документах: \_\_\_\_\_ ДА \_\_\_\_\_ НЕТ \*

\* Отсутствие отметки о принятии либо непринятии данного условия подразумевает согласие пациента на принятие данного условия.

Дата \_\_\_\_\_\_\_

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