

УВЕДОМЛЕНИЕ

[г. Евпатория]

[24.04.2025]г.

До заключения договора на оказание платных медицинских услуг [Общество с ограниченной ответственностью "Центр семейной медицины "Прайм"] уведомляет Потребителя (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе, несоблюдение режима лечения, а также сокрытие таких известных о себе сведений Потребителем как аллергические реакции, индивидуальная непереносимость лекарственных препаратов, имеющиеся проблемы со здоровьем, принимаемые лекарственные средства, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя. Граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

До заключения договора на оказание платных медицинских услуг [Общество с ограниченной ответственностью "Центр семейной медицины "Прайм"] уведомляет Потребителя (Заказчика) о том, что не работает в системе ОМС по программе государственных гарантий. Потребителю (Заказчику) предоставлена в доступной форме информация 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.

Потребитель (Заказчик): [Тест Иван] Подпись _____

Договор на оказание платных медицинских услуг № [275015.24]

[г. Евпатория]

[24.04.2025]г.

[Общество с ограниченной ответственностью "Центр семейной медицины "Прайм"] (ОГРН [1159102128481], лицензия [Министерства здравоохранения Республики Крым, 295015, РК, г. Симферополь, пр. Кирова, 1, тел: 8(800)733-33-12] №[Л041-01177-91/00360038] от [01.11.2017]г., бессрочно, виды деятельности: [при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, лабораторной диагностике, медицинскому массажу, сестринскому делу; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной 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), аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, детской урологии-андрологии, детской хирургии, детской эндокринологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, колопроктологии, косметологии, неврологии, нефрологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, психотерапии, пульмонологии, ревматологии, сердечно-сосудистой хирургии, 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), анестезиологии и реаниматологии, кардиологии, колопроктологии, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), урологии; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи]) в лице [], действующего (-щей) на основании Доверенности № [], срок действия: до [], именуемое в дальнейшем Исполнитель, и [Тест Иван], [12.12.1955] г.р., именуемый(-ая) в дальнейшем Потребитель (Заказчик), в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать на платной (возмездной) основе Потребителю медицинские услуги (далее - Услуги) согласно с перечнем, отраженным в Прейскуранте Исполнителя, действующем на момент оказания Услуги, а Потребитель (Заказчик) обязуется принять и оплатить эти Услуги в полном объеме. Медицинские услуги 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, по письменному согласию Потребителя (Заказчика).

1.2. Перечень медицинских услуг Потребитель (Заказчик) определяет самостоятельно, собственным волеизъявлением, на основе действующего Прейскуранта и лицензии Исполнителя, о чем между Потребителем (Заказчиком) и Исполнителем заключается в письменном виде Дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью Договора.

1.3. Услуги предоставляются при условии их полной предоплаты Потребителем (Заказчиком).

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Обеспечивать Потребителю своевременное и качественное оказание Услуги с соблюдением всех требований и санитарно-гигиенических норм, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

2.1.2. Оказывать Услуги в сроки, согласованные с Потребителем (Заказчиком).

2.1.3. Своевременно информировать Потребителя (Заказчика) о стоимости оказания предполагаемых Услуг путем ознакомления с действующим Прейскурантом.

2.1.4. Предоставлять Потребителю (Заказчику) в доступной для него форме: а) информацию о состоянии здоровья Потребителя, включая сведения о результатах его обследования Исполнителем, наличии заболеваний, его диагнозе и прогнозе, методах обследования и лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, медицинских вмешательствах, их последствиях, а также последствиях отказа от медицинского вмешательства; б) об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.5. Соблюдать правила медицинской этики по отношению к Потребителю, не разглашать персональные данные Потребителя (Заказчика), хранить врачебную тайну.

2.1.6. Выдать Потребителю (законному представителю Потребителя) после исполнения договора Исполнителем медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие 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. В случае невозможности идентификации Пациента, получающего медицинские услуги анонимно (утеря Договора, кассового чека) результаты обследований не выдаются, стоимость исследований не возвращается.

2.1.7. Предупредить Потребителя (Заказчика) в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Запросить у Потребителя (Заказчика) в целях оказания Услуг сведения и копии медицинских документов о прохождении обследования и лечения Потребителя на базе других медицинских учреждений.

2.2.2. Отказать Потребителю (Заказчику) в оказании услуг, если Потребитель (Заказчик):

- не оплатил Услуги Исполнителя;

- нарушает Правила поведения в медицинском учреждении Исполнителя, размещенные на информационном стенде Исполнителя (включая нахождение Потребителя (Заказчика) в состоянии наркотического или алкогольного опьянения, совершение Потребителем (Заказчиком) действий, угрожающих жизни и здоровью персонала Исполнителя, пациентов Исполнителя);

- осуществляет преднамеренную порчу имущества Исполнителя;

- не соблюдает назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя, в том числе для достижения и сохранения результатов лечения.

2.2.3. Отказать Потребителю (Заказчику) в оказании услуг, если Потребитель (Заказчик) отказывается предоставлять Исполнителю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, за исключением случаев, оговоренных Законом РФ об охране здоровья граждан.

2.2.4. Увеличить сроки оказания Услуг (включая сроки готовности результатов лабораторных исследований, время начала и длительность приема врача-специалиста), если это вызвано производственной необходимостью, а также необходимо для качественного предоставления Услуг.

2.2.5. Отказать Потребителю (Заказчику), если Потребитель (Заказчик) не явился для получения Услуги, предоставляемой только по предварительной записи (прием врачей-специалистов, УЗИ, лечебные процедуры и манипуляции, некоторые виды лабораторных исследований и др.) в течение 15 минут после заранее согласованного с персоналом Исполнителя времени и даты приема.

2.2.6. Привлекать третьих лиц к исполнению своих обязанностей по настоящему договору. Заключая настоящий договор, Потребитель (Заказчик) предоставляет Исполнителю как оператору персональных данных право на передачу персональных данных с помощью медицинских/лабораторных и иных информационных систем и других программ для ЭВМ третьим лицам – медицинским организациям-партнерам, выполняющим лабораторные исследования. Полный перечень партнеров по лабораторной диагностике доступен на сайте <http://medcentr-prime.ru/>, а также на информационном стенде Исполнителя. В данном случае Потребитель (Заказчик) признает правомерность и юридическую силу любого аналога собственноручной подписи, в том числе (но не ограничиваясь) факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного сотрудника привлекаемого третьего лица на документах, связанных с исполнением договора в части выполнения лабораторных исследований.

2.2.7. Потребовать при выдаче результатов лабораторных исследований Потребителя: документ, удостоверяющий личность, настоящий Договор и приложения к нему, документ, подтверждающий оплату Услуг Исполнителя. Если документ, подтверждающий оплату, был утерян, то выдача результатов осуществляется только по предъявлению документа, удостоверяющего личность (паспорт, временное удостоверение, водительские права, свидетельство о рождении ребенка, не имеющего паспорт) и, при необходимости, документов законного представителя Потребителя.

2.2.8. Отказать Потребителю (Заказчику) в передаче оригиналов медицинской документации, являющейся собственностью Исполнителя. Копии и выписки выдаются по требованию Потребителя (Заказчика)

2.2.9. Предоставлять Услуги Потребителю (Заказчику) по льготным ценам, со скидкой. Категории граждан, которые могут получить услуги Исполнителя по льготным ценам, а также действующие акции отображены на информационном стенде Исполнителя.

2.3. Потребитель (Заказчик) обязан:

2.3.1. Своевременно оплачивать Услуги Исполнителя.

2.3.2. Предоставлять Исполнителю при получении Услуг письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

2.3.3. Полно и достоверно информировать Исполнителя об истории развития заболевания, перенесенных и имеющихся заболеваниях, выявленных противопоказаниях к применению лекарственных препаратов и выполнению лечебно-диагностических процедур, аллергических реакциях на лекарственные препараты.

2.3.4. Соблюдать Правила поведения в медицинском учреждении Исполнителя, размещенные на информационном стенде Исполнителя.

2.3.5. Соблюдать все назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя, в том числе для достижения и сохранения результатов лечения.

2.3.6. Если Услуга предоставляется по предварительной записи (прием врачей-специалистов, УЗИ, лечебные процедуры и манипуляции, некоторые виды лабораторных исследований и др.), то явиться на прием за 10 минут до заранее согласованного с персоналом Исполнителя времени. В случае задержки Потребителя (Заказчика) более, чем на 15 минут, Исполнитель вправе отказать в оказании Услуги.

2.4. Потребитель (Заказчик) имеет право:

2.4.1. Самостоятельно и собственным волеизъявлением, на основе действующего Прейскуранта, определять перечень Услуг.

2.4.2. Требовать от Исполнителя оказания Услуг надлежащего качества.

2.4.3. Требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии разрешительных документов на право ведения медицинской деятельности.

2.4.4. Получать от Исполнителя информацию о состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболеваний, диагнозе и прогнозе, методах обследования и лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинских вмешательств, их последствиях, а также последствиях отказа от медицинского вмешательства.

2.4.5. Запросить после исполнения договора Исполнителем медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие 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. Утвержденный Минздравом РФ Порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них размещен на информационном стенде и сайте Исполнителя.

3. Порядок расчетов

3.1. Оплата Услуг осуществляется Потребителем (Заказчиком) в виде полной предоплаты.

3.2. Оплата Услуг может быть произведена в наличной форме путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя с выдачей кассового чека Исполнителем, в безналичной форме путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, платежной (кредитной) картой.

3.3. В случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения договора от получения Услуг Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему договору.

4. Ответственность Сторон

4.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей по договору Исполнитель несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Потребителю таким неисполнением, доказанного в установленном порядке.

4.2. В случае несоблюдения Потребителем (Заказчиком) указаний и рекомендаций Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, в случае досрочного прекращения лечения по инициативе Потребителя и/или Заказчика Исполнитель не несет ответственности за качество предоставляемой Услуги и/или невозможность её оказания в срок.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за качество клинического материала Потребителя, забор, хранение и доставка которого была произведена Заказчиком (Потребителем) самостоятельно.

4.4. Стороны договора понимают, что в силу сложности технологического процесса и специфики оказываемых услуг не исключаются ситуации, при которых Исполнителю в целях качественного оказания услуг по Договору необходимо будет осуществить повторный забор биологического материала Потребителя. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о необходимости осуществления повторного забора звонком по номеру телефона Потребителя (Заказчика), указанному в договоре или лично, при обращении Потребителя (Заказчика).

4.5 Если Потребитель изъявил желание получить результаты лабораторных исследований в электронном виде, то ему необходимо предоставить персоналу Исполнителя адрес его электронной почты. В таком случае Потребитель дает свое согласие на передачу данных по открытым каналам связи сети Интернет и принимает все риски несанкционированного доступа третьих лиц к используемому каналу передачи информации. Потребитель (Заказчик) уведомлен и предупрежден, что Исполнитель не может полностью гарантировать доставку результатов лабораторных исследований в электронном виде Потребителю (Заказчику) по независящим от Исполнителя причинам (настройки безопасности почты Потребителя (Заказчика), отсутствие длительное время электричества, неверно указанный Потребителем (Заказчиком) адрес электронной почты, блокирование органами государственной власти некоторых сайтов, интернет-ресурсов, доменов, включая домен .ua, и т. д.). Потребитель (Заказчик) уведомлен, что результаты по итогам исследования на ВИЧ-инфекцию и сифилис на электронную почту не направляются.

4.6. За нарушение условий настоящего договора Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством РФ.

4.7. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение своих обязательств по настоящему договору, если это явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы и/или результатом препятствия, находящегося вне контроля сторон.

4.8. Все споры, вытекающие из настоящего договора, Стороны будут по возможности решать путем переговоров, а также медиации.

4.9. При невозможности достижения согласия между Сторонами путем переговоров и медиации, спор будет решаться Сторонами в соответствии с законодательством РФ.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами. Срок действия настоящего договора - 5 лет с даты подписания, но в любом случае - до исполнения обеими Сторонами своих обязательств по данному договору.

5.2. Если ни одна из Сторон за 30 календарных дней до истечения срока договора не заявила о желании расторгнуть договор, то он считается продленным сроком на один календарный год. Количество пролонгаций не ограничено.

5.3. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ, посредством подписания Сторонами дополнительного соглашения в простой письменной форме. Дополнительные соглашения, закрепляющие изменения условий настоящего договора, являются его неотъемлемой частью.

5.4. Гарантированный срок хранения результатов лабораторных исследований Исполнителем составляет 3 (три) года.

5.5. Потребитель (Заказчик) предоставляет Исполнителю информированное согласие на безвозмездное обезличенное использование (без идентифицирующих персональных данных Потребителя, за исключением пола и возраста) его биологического материала, оставшегося после выполнения заказанных лабораторных исследований в соответствии с условиями настоящего Договора, в исследовательских целях и апробации медицинских изделий, тест-систем пр.

5.6. Потребитель (Заказчик) может направить обращение (жалобу) на почтовый адрес Исполнителя: **[297406, Республика Крым] , [г. Евпатория, ул. Крупской 44А]**

5.7. Настоящий договор составлен в письменной форме, на русском языке, в двух экземплярах по одному экземпляру для каждой из сторон, если договор заключен Потребителем от своего лица, или в трех экземплярах для Исполнителя, Потребителя и Заказчика.

6. Адреса и реквизиты сторон:

ИСПОЛНИТЕЛЬ

[ООО "Центр семейной медицины "ПРАЙМ"]

ЮР.Адрес:[297406, Республика Крым]

[г. Евпатория, ул. Крупской 44А]

[+7(978)0781202], [fmc.prime@mail.ru]

[http://medcentr-prime.ru/]

ИНН/КПП: [9110016391]/[911001001]

ОГРН: [1159102128481]

р/с [40702810241010000508]

в [ПАО «РНКБ», г. Симферополь]

к/с [30101810335100000607]

БИК [043510607]

Подпись _____ []

ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК)

ФИО: [Тест Иван]

Дата рождения: [12.12.1955]

Паспорт №: []

Телефон: []

E-mail: []

Адрес: []

Подпись _____ **[Тест Иван]**

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, **[Тест Иван]/[12.12.1955]** г.р., зарегистрированный по адресу: [], 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 (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень):

1. *Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;*

2. *Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, ларингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование;*

3. *Антропометрические исследования;*

4. *Термометрия;*

5. *Тонометрия;*

6. *Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций;*

7. *Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций;*

8. *Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);*

9. *Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.*

10. *Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального*

давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия;

11. Ультразвуковые исследования, доплерографические исследования;

12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно;

13. Медицинский массаж,

а также на виды медицинских вмешательств не включенные в приказ МЗ РФ от 23.04.2012г. № 390н:

1. Наложение медицинского жгута;

2. Забор биоматериала из урогенитального тракта для медицинских лабораторных исследований;

3. Проведение процедуры взятия крови с локтевой вены, вены тыла кисти рук, капиллярной крови пальца;

4. Проведение ультразвукового исследования, доплерографического исследования (нужное подчеркнуть) чрескожно, трансвагинально, трансректально, чрешицеводно, внутриволостное; интраоперационное;

для получения первичной медико-санитарной помощи в [ООО "Центр семейной медицины "ПРАЙМ"]

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, в том числе:

я информирован(а) о возможных временных дискомфортных ощущениях во время и после забора биологического материала, во время и после проведения диагностических процедур; о том, что после венепункции/скарификации пальца возможно получение малого количества крови для исследования, получение хилезной крови и крови с гемолизом, что может привести к невозможности выполнения лабораторного исследования и будет требовать повторного забора биоматериала;

я информирован(а) о таких осложнениях, которые могут возникнуть после забора крови: появление подкожной гематомы в месте пункции, воспаление мягких тканей в месте пункции в результате нарушения пациентом рекомендаций медицинского персонала, развитие локального флебита (воспаления участка вены) в месте венепункции, повреждение нерва в результате его укола или сдавливания образовавшейся гематомой;

я информирован(а) о том, что забор биоматериала из урогенитального тракта может сопровождаться болевыми ощущениями во время забора, а также в течение нескольких часов после проведенной манипуляции;

я информирован(а) о том, что ультразвуковое исследование является безопасным для здоровья, однако в ряде случаев не позволяет установить предположительный диагноз ввиду физических основ ультразвука, особенностей визуализации различных патологических процессов, качества подготовки пациента к исследованию;

Медицинский персонал будет предпринимать все необходимые меры для качественного оказания мне медицинской помощи, и действовать добросовестно.

Я осознаю, что несоблюдение рекомендаций, бесконтрольное самолечение могут усложнить лечебный процесс и негативно отразиться на состоянии здоровья.

Мне в доступной форме разъяснены альтернативные методы обследования и/или лечения, а также возможные последствия отказа от обследования и/или лечения.

Я подтверждаю, что все интересующие меня вопросы были заданы и я получил(а) понятные мне ответы на них; что решение о проведении обследования и/или лечения принято мною осознанно, без принуждения и навязывания со стороны третьих лиц.

Я подтверждаю, что ФИО на пробирках с биоматериалом принадлежит мне.

Я ознакомлен(а) со всем текстом данного документа и согласен(сна) со всем изложенным выше.

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 выбранных мною лицах, 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:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, дата рождения, контактный телефон)

[Тест Иван]

(подпись)

[]

(подпись медицинского работника)

[24.04.2025]

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся(шаяся), [Тест Иван] проживающий(ая) по адресу: [], паспорт [] [], в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку (включая автоматизированную обработку), хранение (в электронном виде и на бумажном носителе), уточнение, изменение, обновление [Общество с ограниченной ответственностью "Центр семейной медицины "Прайм"] адрес: [297406, Республика Крым], [г. Евпатория, ул. Крупской 44А] (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса ОМС (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских и сопутствующих им услуг, в целях исполнения договора оказания платных медицинских услуг, идентификации стороны в рамках договора.

Я подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных сотрудниками Оператора, участвующим в процессе оказания и оплаты медицинских услуг.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Я подтверждаю свое согласие на передачу моих персональных данных с помощью медицинских/лабораторных и иных информационных систем и других программ для ЭВМ третьим лицам – медицинским организациям-партнерам, выполняющим лабораторные исследования в целях моего обследования и лечения. Полный перечень партнеров по лабораторной диагностике доступен на сайте primer-lab.ru, а также на информационном стенде Оператора.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору добровольного медицинского обслуживания на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Настоящим даю своё согласие:

1) Оператору на использование указанных в Договоре на оказание платных медицинских услуг персональных данных в целях предоставления мне сведений уведомительного, информационного характера, об услугах и программах медицинского обслуживания. В том числе:

- а) о новых услугах, проводимых акциях, мероприятиях;
- б) осуществлении телефонной связи со мной;
- в) направлении sms-сообщений;
- г) рассылки писем в мой электронный адрес (E-mail).
- д) отправки мне ответов на мои обращения на бумажном носителе на указанный мною почтовый адрес.

2) Оператору осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

3) Оператору на запись телефонных разговоров со мной, производимую в целях повышения качества обслуживания без дополнительного уведомления.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет с даты последнего обращения в [ООО "Центр семейной медицины "ПРАЙМ"].

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Контактный телефон(ы): []

Почтовый адрес: []

E-mail : []

Настоящее согласие дано мной [24.04.2025].

Подпись субъекта персональных данных _____