**Общество с ограниченной ответственностью «Эталон СК»**

454080, г. Челябинск, ул. Сони Кривой, 38, нежилое помещение 4

ИНН 7453279882 ОГРН 1157453002156

##### телефон (351) 225-17-00 е-mail: etalonclinic@mail.ru

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

 Законному Представителю Потребителя (Пациента) и (или) Заказчика предоставляется в доступной форме информация о возможности получения им 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 медицинских организациях, входящих в число тех медицинских организаций, которые оказывают медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию (ОМС).

 Законному Представителю Потребителя (Пациента) и (или) Заказчика предоставляется в доступной форме информация о том, что ООО «Эталон СК» не входит в число медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по ОМС. Для получения медицинских услуг в ООО «Эталон СК» законному Представителю Потребителя (Пациента) следует заключить возмездный Договор об оказание платных медицинских услуг.

 До заключения договора об оказании платных медицинских услуг, согласно п. 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736) ООО «Эталон СК» (Исполнитель) уведомляет законного Представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Потребителя (Пациента) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего 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 Потребителя.

Уведомлен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г.

 До заключения Договора об оказании платных медицинских услуг с ООО «Эталон СК», подтверждаю факт моего ознакомления со следующими документами медицинской организации после изучения информации, представленной на сайте медицинской организации, а также находящейся на информационной стойке в помещении медицинской организации:

1. Лицензией № ЛО-74-01-003151 от 04.06.2015 г. на осуществление медицинской деятельности, выданной Министерством здравоохранения Челябинской области (454000, г. Челябинск, ул. Кирова, 165, тел. 727-97-40) бессрочно;
2. Положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи и порядком оказания медицинской помощи;
3. Перечнем и Прейскурантом платных медицинских услуг ООО «Эталон СК»;
4. Стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями с учетом и на основании которых оказываются медицинские услуги;
5. Положением о предоставлении гарантий на оказанные услуги;
6. Графиком работы и сведениях о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
7. Перечнем категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечнем льгот и бонусных программ, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг;
8. Способах и формах оплаты работ (услуг).

Законный Представитель Пациента (Заказчика)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г.

Договор разработан на основе Постановления Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг",

Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Закона РФ от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей".

Оказание платных медицинских услуг осуществляется при наличии предварительно заключенного Договора между Исполнителем и Потребителем (Пациентом) (за исключением приема пациентов с неотложной и экстренной болью).

**Договор об оказании платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_ СК**

**г. Челябинск**

 **Дата:**

**Общество с ограниченной ответственностью «Эталон СК»**, именуемое в дальнейшем *«Исполнитель»*, в лице директора Нестерко Олега Александровича, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь законным представителем, именуемый(ая) в дальнейшем *«Представитель»,* действующий от имени своего несовершеннолетнего ребенка (потребителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемого в дальнейшем «*Пациент*», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные стоматологические услуги на основании Лицензии № ЛО-74-01-003151 от 04.06.2015 г. на осуществление медицинской деятельности, выданной Министерством здравоохранения Челябинской области (454000, г. Челябинск, ул. Кирова, 165, тел. 727-97-40) бессрочно и на условиях настоящего Договора.

1.1.1 Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией: При оказании первичной, в т.ч. доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической, стоматологии профилактической, гигиене в стоматологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии; стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

1.2. Исполнитель обязуется оказать *Пациенту* платные стоматологические услуги на условиях настоящего Договора.

1.3. *Представитель Пациента* обязуется принять и оплатить оказанную услугу на условиях настоящего Договора.

**2. Права и обязанности сторон**

**2.1. Права и обязанности *Исполнителя*:**

2.1.1. По заданию *Представителя* *Пациента Исполнитель* обязуется силами медицинских работников ООО «Эталон СК» осуществить, в оговорённый с *Представителем* срок,качественное обследование полости рта *Пациента* для установления предварительного диагноза, объема необходимого лечения, его ориентировочной стоимости, сроках лечения, о чем проинформировать *Представителя*, отразив предварительный диагноз и план лечения в амбулаторной карте *Пациента*.

2.1.2. В случае необходимости *Исполнитель* обязуется предложить *Представителю* пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов, методик лечения и протезирования.

2.1.3. *Исполнитель* обязан предоставить *Представителю* полную и достоверную информацию о состоянии полости рта *Пациента*, о сущности рекомендуемых в его случае методик лечения, протезирования, операций, сроках лечения, медикаментов и материалов, о противопоказаниях, возможных осложнениях и временном дискомфорте, которые могут возникнуть в процессе лечения и после, в связи с его медицинской спецификой, анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области *Пациента*, а также общим состоянием его здоровья.

2.1.4. *Исполнитель* обязан составить и согласовать с *Представителем* план лечения с указанием конкретных медицинских мероприятий (лечебных и профилактических), последовательности и сроков их исполнения согласно Протоколов ведения больных. Если *Пациент* не приступает к реализации плана лечения, то срок действия плана лечения – один месяц.

2.1.5. *Исполнитель* обязан информировать *Представителя* о стоимости услуг: 1) называть ориентировочную сумму, когда объем и характер работ можно определить только в процессе лечения; 2) называть конкретную сумму, когда объем и характер работы очевидны. Уточнение плана лечения в процессе лечебной работы может повлечь корректировку стоимости услуг и увеличение ранее озвученных *Представителю* сроков лечения.

2.1.6. *Исполнитель* обязан предложить *Представителю,* в случаенедостижения *Пациентом* возраста 15 лет, ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на каждый вид планируемого и осуществленного медицинского вмешательства.

2.1.7. *Исполнитель* обязуется выполнить работы в сроки, установленные лечащим врачом и согласованные с *Представителем* (при условии соблюдения *Пациентом* сроков явки на приемы). Датой, с которой *Исполнитель* должен приступить к оказанию услуги, считается дата подписания договора. В случае невозможности *Пациента* в день подписания договора получить услугу, к которой *Исполнитель* должен приступить к оказанию услуги, считается дата, добровольно согласованная между *Представителем* и *Исполнителем*, соответствующая дате явки *Пациента* на приём. В случае опоздания *Пациента* более чем на 15 (пятнадцать) минут по отношению к назначенному *Пациенту* времени получения услуги, *Представитель* считается отказавшимся в одностороннем порядке от предоставления медицинской услуги в назначенное время и *Исполнитель* оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги.

2.1.8. *Исполнитель* обязан обеспечить качество стоматологических услуг в соответствии с медицинскими показаниями, с применением высококачественных инструментов и материалов, с использованием современных технологий лечения, с предоставлением высокого уровня обслуживания. Предоставить платные медицинские услуги с соблюдением порядка оказания стоматологической помощи.

2.1.9. *Исполнитель* обязан информировать *Представителя* и *Пациента* о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.

2.1.10. *Исполнитель* обязан определить для *Пациента* гарантии на оказанные услуги, объяснив *Представителю* обстоятельства, позволяющие их установить, и условия, при которых *Исполнитель* будет выполнять свои обязательства.

2.1.11. Представитель *Исполнителя* имеет право отказать *Пациенту* в предоставлении услуги на основании ч. 3 ст.70 Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

**2.2. Права и обязанности** *Представителя* ***Пациента*:**

2.2.1. Согласно ст.19 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в российской Федерации» *Представитель* имеет право на выбор медицинской организации, врача, используя при этом информацию на официальном сайте *Исполнител*я в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также на информационных стендах (стойках), а также на возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи.

2.2.2. *Представитель* имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии здоровья *Пациента*, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, сроках лечения, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

2.2.3. *Представитель,* а также *Пациент,* достигший возраста 15 лет*,* имеет право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается *Представителем, либо* *Пациентом,* достигшим возраста 15 лет, а также медицинским работником *Исполнителя*.

2.2.4. *Представитель* обязуется предоставить всю необходимую для *Исполнителя* достоверную информацию о состоянии здоровья *Пациента* в анкете, выданной администратором ООО «Эталон СК».

2.2.5. *Представитель* обязуется удостоверить личной подписью следующее: информированное согласие на каждый вид предстоящего медицинского вмешательства, анкету о состоянии здоровья *Пациента*, план лечения, рекомендации и назначения.

2.2.6*. Представитель* и *Пациент* обязаны соблюдать все назначения и рекомендации *Исполнителя* для достижения и сохранения результатов лечения.

2.2.7. *Представитель* обязуется немедленно извещать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья *Пациента* в процессе лечения и после его окончания.

2.2.8. *Представитель* обязуется своевременно организовывать посещения *Пациента* на контрольные осмотры, лечебные и профилактические приемы не реже, чем 2 (Два) раза в год (1 раз в 6 месяцев), а в случае неявки по уважительной причине, предупредить *Исполнителя* заблаговременно.

2.2.9. *Представитель* обязуется соблюдать правила этикета в помещении *Исполнителя.*

**3. Стоимость услуг, сроки и порядок расчетов**

3.1. Стоимость услуг определяется в соответствии с объемом работ и прейскурантом на платные стоматологические услуги, утвержденные *Исполнителем*, действующим на момент получения *Пациентом* медицинских услуг, с которыми *Представитель* предварительно знакомится до подписания Договора. Подписывая настоящий Договор, *Представитель* подтверждает факт ознакомления и согласия с прейскурантом *Исполнителя*.

3.2. Ортопедические и ортодонтические работы до момента начала их изготовления оплачиваются *Представителем* в 50% размере от общей стоимости работ, оставшаяся часть суммы оплачивается *Представителем* в соответствии с этапами принятия результата выполненных работ.

3.3. После оказания услуг (части услуг) стоимость с расшифровкой всех манипуляций, в т.ч. предварительная стоимость протезирования, авансируемая *Представителем* в размере 50 % от общей стоимости, отражается в квитанциях об оплате и предоставленных услуг, соответствующих прейскуранту *Исполнителя.*

3.4. *Представитель* производит оплату за оказанную услугу (или часть услуги) по факту выполнения в следующем порядке:

1) наличными денежными средствами путем внесения в кассу *Исполнителя*; 2) безналичным платежом путем применения банковской платежной карты через терминал, находящийся в кассе *Исполнителя*.

3.5. Отсрочка платежа, взаимозачет и иные формы оплаты, не противоречащие законодательству РФ, согласовываются сторонами дополнительно и индивидуально.

3.6. В случае обращения *Представителем* с полисом *Пациента* (направлением, гарантийным письмом и т.д.) ДМС страховой компании, с которой *Исполнитель* имеет договорные отношения, оказанные услуги, в рамках страховой программы, оплачивает страховая компания.

**4. Гарантийные обязательства**

4.1. *Исполнитель* принимает на себя обязательства по предоставлению гарантийного срока на выполненные работы в течении срока, установленного лечащим врачом.

4.2. *Исполнитель* выполняет гарантийные обязательства при соблюдении *Представителем* следующих условий:

- Прохождение *Пациентом* бесплатных профилактических осмотров у *Исполнителя,* согласно п.2.2.8. настоящего Договора;

- Соблюдение *Пациентом* гигиены полости рта в соответствии с рекомендациями лечащего врача, в т.ч. и прохождение регулярной профессиональной гигиены полости рта в медицинской организации стоматологического профиля;

- Проведение коррекции работы, выполненной *Исполнителем*, только у *Исполнителя*;

- Обращение только к *Исполнителю* в случае дискомфорта или нарушения в области проведенного лечения;

4.3. Гарантийные обязательства не сохраняются:

- В случае выявления или возникновения у *Пациента* в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов, а также изменений физиологического состояния организма (длительного приема лекарственных препаратов, вредных внешних воздействий, заболеваний и прочее), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах или окружающих их тканях, о чем не было известно *Исполнителю*;

- При наличии у *Пациента* декомпенсированной формы кариеса, генерализированного пародонтита и патологической стираемости зубов;

- В случае обращения *Пациента* в другую стоматологическую клинику с целью продолжения лечения, начатого у *Исполнителя*, и исправления недостатков работы *Исполнителя*;

- В случае нарушения п. 3.4. настоящего Договора.

**5. Ответственность сторон**

5.1. Ответственность сторон, в случае нарушения условий настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью *Пациента* в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению *Исполнителем* в соответствии с законодательством РФ.

5.3. *Представитель* несет ответственность за нарушение условий настоящего Договора, в соответствии с действующим законодательством РФ, в размере реального ущерба, причиненного *Исполнителю*, в том числе за порчу имущества *Исполнителя.*

5.4. В случае нарушения п. 3 настоящего Договора, *Представитель* уплачивает *Исполнителю* неустойку в размере 0,3% от суммы неисполненного обязательства за каждый день просрочки.

5.5. В случае отказа *Представителя* после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом *Представитель* оплачивает *Исполнителю* расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

5.6. При возникновении медицинских осложнений по вине *Представителя* и *Пациента*: несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях, химические и механические повреждения пломб, десен, ортопедических, ортодонтических приспособлений *Исполнитель* ответственности не несет.

5.7. При невыполнении *Представителем* п. 2.2.4 – 2.2.9 и п. 3 настоящего Договора, Договор прекращается невозможностью его исполнения со стороны *Представителя*.

5.8. *Представитель* вправе расторгнуть настоящий Договор в любое время, оплатив *Исполнителю* фактически понесенные им затраты.

5.9. *Представитель* несет ответственность за достоверность сведений, указанных в Договоре и в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство.

**6. Прочие условия**

6.1. Договор считается заключенным с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств обеими сторонами. Договор заключен в двух экземплярах по одному для каждой из сторон.

6.2. Договор заключается при наличии документа, удостоверяющего личность *Представителя*.

6.3 Стороны договорились, что при подписании договора *Исполнитель* использует факсимильное воспроизведение подписи.

6.4. Неотъемлемой частью заключенного Договора является амбулаторная карта *Пациента*, уведомление *Представителя*, анкета о состоянии здоровья *Пациента* и информированное добровольное согласие.

6.5. В случае возникновения разногласий между лечащим врачом и *Представителем* по вопросам качества, обследования и лечения, спор рассматривается главным врачом *Исполнителя*, врачебной комиссией *Исполнителя*, а при необходимости - независимой экспертной комиссией. В случае недостижения компромисса стороны имеют право обратиться в судебные органы за защитой своих нарушенных прав в установленном законом РФ порядке.

6.6. Во всем остальном, не предусмотренным настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

**7. Реквизиты сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** | **Представитель и Пациент:** |
| Общество с ограниченной ответственностью «Эталон СК» | **ПАЦИЕНТ** (Ф.И.О.): Дата рождения:**ПРЕДСТАВИТЕЛЬ** (Ф.И.О.) |
| Юридический адрес: 454080, г. Челябинск, ул. Сони Кривой, 38, н/п 4 |
| ИНН 7453279882 ОГРН 1157453002156 |
| р/с 40702810772000000888 в Челябинско***м*** отделени***и*** №8597 ПАО «Сбербанк» г.Челябинск к/с 30101810700000000602 БИК 047501602  | Паспорт серии № , выдан (кем):  Дата: |
| Контактный телефон (351) 225-17-00Электронная почта: etalonclinic@mail.ruСайт: [www.etalonclinic.ru](http://www.etalonclinic.ru)  | Телефон:  Электронная почта: |
| Адрес осуществления медицинской деятельности: г. Челябинск, ул. Сони Кривой, 38, нежилое помещение 4Лицензия № ЛО-74-01-003151 на осуществление медицинской деятельности, выдана Министерством здравоохранения Челябинской области (454000, г. Челябинск, ул. Кирова, 165, т. 727-97-40) бессрочно. | Адрес регистрации:Адрес проживания: |
| **Директор ООО «Эталон СК»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Нестерко О.А./**  | **Представитель**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ подпись расшифровка **Подписанием Договора, согласно ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ (ред. от 25.07.2011) "О персональных данных", принимаю решение о предоставлении своих персональных данных и своего ребенка и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ подпись расшифровка **Также, согласно № 126-ФЗ от 07.07.2003 г. «О связи», даю согласие получать информацию от ООО «Эталон СК» в виде смс-сообщений о назначенном приеме на указанный выше номер телефона**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ подпись расшифровка  |

**СОГЛАСИЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА**

**на обработку специальных категорий персональных данных (данных о здоровье)**

**и биометрических данных**

ООО «Эталон СК», именуемый в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Нестерко Олега Александровича, действующего на основании Устава, с одной стороны и:

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт серии\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан (кем)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь законным Представителем Пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

даю согласие на обработку персональных данных ООО «Эталон СК», находящемуся по адресу: г. Челябинск, ул. Сони Кривой, 38, нежилое помещение 4.

 Обработка данных о здоровье Пациента может осуществляться только в медико-профилактических целях.

 В процессе оказания ООО «Эталон СК» мне медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать данные о здоровье Пациента, а также биометрические данные другим должностным лицам ООО «Эталон СК» в интересах обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

 Я предоставляю ООО «Эталон СК» право осуществлять все действия (операции) с данными о здоровье, биометрическими данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание в научных, учебных или статистических целях, блокирование, уничтожение данных.

 Срок хранения персональных данных Пациента, срок действия согласия соответствуют сроку хранения первичных медицинских документов, и составляет 25 лет.

 Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

 Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО «Эталон СК» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ООО «Эталон СК». Я понимаю, что согласно ч. 2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» ООО «Эталон СК» имеет право продолжить обработку моих данных о здоровье строго при наличии оснований, указанных в Законе даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

 Я понимаю, что в случаях, предусмотренных ч. 4 ст. 13 Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о здоровье Пациента, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским организациям, органам следствия, суда, прокуратуры, органам санитарно-эпидемиологического контроля, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти, если это предусмотрено федеральным законам.

Подпись законного Представителя субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г.