**Общество с ограниченной ответственностью «Эталон»**

454085, г. Челябинск, ул. Марченко, 16, нежилое помещение 1

ИНН 7452066610 ОГРН 1087452007862

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

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

Потребителю (Пациенту) и (или) Заказчику предоставляется в доступной форме информация о возможности получения им соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках [программы](consultantplus://offline/ref=FC9444820260AC380606486A0218CCD87C855DD09C5573E3E6A5F8A05D14DB8A44F68AB2D61138A4C95DE1AEA8FE3830FB869149D3E430C9XBzDR) 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).

Потребителю (Пациенту) и (или) заказчику предоставляется в доступной форме информация о том, что ООО «Эталон» не входит в число медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по ОМС. Для получения медицинских услуг в ООО «Эталон» Потребителю (Пациенту) 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» (Исполнитель) уведомляет 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», 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-74-01-003191 от 08.07.2015 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»;
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).

Пациент (Заказчик)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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 № \_\_\_\_\_**

**г. Челябинск**

**Дата:**

**Общество с ограниченной ответственностью «Эталон»**, именуемое в дальнейшем *«Исполнитель»*, в лице директора Нестерко Олега Александровича, действующего на основании Устава, с одной стороны и потребитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) 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-74-01-003191 от 08.07.2015 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 осуществлении доврачебной медицинской помощи по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: а) при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: контролю качества медицинской помощи, стоматологии, стоматологии детской; в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по: контролю качества медицинской помощи, ортодонтии, стоматологии, стоматологии детской, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической.

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

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

2.1.2. В случае необходимости *Исполнитель* обязуется предложить *Пациенту* 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 *Пациенту* полную и достоверную информацию о состоянии его полости рта, 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 *Пациентом* 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 *Пациента* 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 *Пациенту* сроков лечения.

2.1.6. *Исполнитель* обязан предложить *Пациенту* 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 *Пациентом* (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 *Пациентом* 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, *Пациент* 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 *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 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 *Пациента*:**

2.2.1. Согласно ст.19 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в российской Федерации» *Пациент* 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. *Пациент* имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, 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. *Пациент* имеет право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается *Пациентом* или его законным представителем, а также медицинским работником *Исполнителя*.

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

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

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

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

2.2.8. *Пациент* обязуется своевременно посещать 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. *Пациент* 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 *Пациент* предварительно знакомится до подписания Договора. Подписывая настоящий Договор, *Пациент* подтверждает факт ознакомления и согласия с прейскурантом *Исполнителя*.

3.2. Ортопедические и ортодонтические работы до момента начала их изготовления оплачиваются *Пациентом* в 50% размере от общей стоимости работ, оставшаяся часть суммы оплачивается *Пациентом* 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 *Пациентом* в размере 50 % от общей стоимости, отражается в квитанциях об оплате и предоставленных услуг, соответствующих прейскуранту *Исполнителя.*

3.4. *Пациент* 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 пациента с полисом (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 *Пациентом* 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 (вследствие беременности, длительного приема лекарственных препаратов, вредных внешних воздействий, инсульта и проч.), 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. *Пациент* 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, *Пациент* уплачивает *Исполнителю* неустойку в размере 0,3% от суммы неисполненного обязательства за каждый день просрочки.

5.5. В случае отказа *Пациента* после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом *Пациент* и (или) *Заказчик* оплачивают *Исполнителю* расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

5.6. При возникновении медицинских осложнений по вине *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 *Пациентом* п. 2.2.4 – 2.2.9 и п. 3 настоящего Договора, Договор прекращается невозможностью его исполнения со стороны *Пациента*.

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

5.9. *Пациент* 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 *Пациента*.

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

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

6.5. В случае возникновения разногласий между лечащим врачом и *Пациентом* 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:** | **Пациент:** |
| Общество с ограниченной ответственностью «Эталон» | Ф.И.О.:  Дата рождения: |
| Юридический адрес: 454085, г. Челябинск, ул. Марченко, 16, н/п 1 |
| ИНН 7452066610 ОГРН 1087452007862 |
| р/сч 40702810572000000761 в Челябинском филиале ПАО «Сбербанк» г.Челябинск к/с 30101810700000000602 БИК 047501602 | Паспорт серии № , выдан (кем):  Дата: |
| Контактный телефон (351) 225-17-00  Электронная почта: etalonclinic@mail.ru Сайт: [www.etalonclinic.ru](http://www.etalonclinic.ru) | Телефон:    Электронная почта: |
| Адрес осуществления медицинской деятельности:  г. Челябинск, ул. Марченко, 16, нежилое помещение 1  Лицензия № ЛО-74-01-003191 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»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Нестерко О.А./** | **Пациент**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  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 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» в виде смс-сообщений о назначенном приеме на указанный выше номер телефона**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  подпись расшифровка |

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

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

**и биометрических данных**

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

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

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

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

даю согласие на обработку моих персональных данных ООО «Эталон», находящемуся по адресу: г. Челябинск, ул. Марченко, 16, нежилое помещение 1.

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

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

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

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

Передача моих 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» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ООО «Эталон». Я понимаю, что согласно ч. 2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» ООО «Эталон» 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 моем здоровье, 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 субъекта персональных данных\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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