**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**

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 СК» не входит в число медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по ОМС. Для получения медицинских услуг в ООО «Эталон СК» Потребителю (Пациенту) следует заключить возмездный Договор об оказание платных медицинских услуг.

До заключения договора об оказании платных медицинских услуг с применением дентальных имплантатов, 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 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 применением дентальных имплантатов 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).

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 с применением дентальных имплантатов № \_\_\_\_\_ 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 потребитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем *«Пациент»,* с другой стороны, совместно именуемые «*Стороны*», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные стоматологические услуги с применением дентальных имплантатов (Далее – *Имплантация*) 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. Под *Имплантацией* Стороны понимают стоматологическое лечение, состоящее из 2-х этапов: Хирургический этап – операция по вживлению дентального имплантата и Ортопедический этап – протезирование на имплантате.

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 СК» осуществить, в оговорённый с *Пациентом* срок,качественное обследование полости рта *Пациента* для установления предварительного диагноза и показания (противопоказания) к *Имплантации*, 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. *Исполнитель* обязуетсяпредоставить *Пациенту* полную и достоверную информацию о результатах обследования; о сущности, рекомендуемой в его случае методике лечения; о возможно необходимых дополнительных видах медицинского вмешательства с целью достижения благоприятного результата *Имплантации*; о возможных осложнениях и временном дискомфорте, которые могут возникнуть в процессе *Имплантации* и после, в связи с медицинской спецификой, анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области *Пациента*, а также общим состоянием его здоровья.

2.1.3. *Исполнитель* обязуетсясоставить и согласовать с *Пациентом* план лечения (Приложение № 3) с указанием конкретных медицинских мероприятий (хирургических, ортопедических и профилактических), последовательности и сроков их исполнения, осуществление которого в максимальной степени устранит осложнения и другие побочные эффекты после *Имплантации*. Если пациент не приступает к реализации плана лечения, то срок действия плана лечения – один месяц.

2.1.4. *Исполнитель* обязан информировать *Пациента* о стоимости услуг: 1) называть ориентировочную сумму, когда объем и характер работ можно определить только в процессе *Имплантации*; 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.

2.1.5. *Исполнитель* обязанпредложить *Пациенту* ознакомиться и подписать «Информированное согласие на проведение дентальной имплантации» (Приложение № 1, Приложение № 2), которое является неотъемлемой частью договора.

2.1.6. *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.

2.1.7. *Исполнитель* обязан обеспечить качественную *Имплантацию* в соответствии с медицинскими показаниями, с применением высококачественных инструментов и материалов, с использованием современных технологий лечения, с предоставлением высокого уровня обслуживания. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие индивидуальных биологических особенностей организма *Пациента*, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований. *Исполнитель* обязуется предоставить платные медицинские услуги с соблюдением порядков оказания стоматологической помощи.

2.1.8. *Исполнитель* обязуется информировать *Пациента* о назначениях и рекомендациях (Приложение № 4), которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата *Имплантации*.

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

2.1.10. 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 СК».

2.2.5. *Пациент* обязуется удостоверить личной подписью следующее:

- информированное согласие на проведение дентальнойимплантации (Приложение №1, Приложение №2);

- сообщенные сведения о состоянии здоровья (Анкета о состоянии здоровья);

- факт ознакомления с рекомендованным планом лечения (Приложение №3);

- факт ознакомления с назначениями и рекомендациями (Приложение №4).

2.2.6*. Пациент* обязан соблюдать все назначения и рекомендации (Приложение №4) *Исполнителя* для достижения и сохранения результатов *Имплантации*.

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

2.2.8. *Пациент* обязуется своевременно посещать контрольные осмотры, лечебные и профилактические приемы согласно плана медицинских мероприятий (Приложение №3) не реже, чем 2 (Два) раза в год (1 раз в 6 месяцев), а в случае неявки по уважительной причине, предупредить *Исполнителя* заблаговременно и согласовать новую дату посещения, в сроки, удовлетворяющие медицинским показаниям.

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. После оказания услуг (части услуг) стоимость с расшифровкой всех манипуляций отражается в квитанциях об оплате и предоставленных услуг, соответствующих прейскуранту *Исполнителя.* Оплата за хирургическую часть производится в размере 100% по факту оказания услуг *Пациенту;* оплата за ортопедическую часть производится при наступлении срока ортопедического этапа *Имплантации* 50%-ым авансированием, 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. Гарантийные обязательства считаются действительными для *Пациента*, получившего стоматологическое лечение по *Имплантации* (хирургическая и ортопедическая часть) у *Исполнителя*. В случае протезирования на имплантате специалистом другой клиники, гарантийные обязательства на хирургическую часть (операция по вживлению имплантата) аннулируются.

4.2. *Исполнитель*, если иного не установлено врачом соответствующей записью в медицинской карте, принимает на себя предоставление по качеству услуг следующих гарантийных сроков:

- 1 (Один) год на приживление имплантатов (хирургическую часть *Имплантации*) с момента операции и гарантирует повторную установку имплантата за свой счёт. Последующие случаи не наступления остеоинтеграции (неприживление) считаются индивидуальной особенностью организма и являются противопоказанием к *Имплантации*. В этом случае *Пациент* возвращает *Исполнителю* 50% стоимости повторной установки имплантата.

- 1 (Один) года на ортопедическую конструкцию с опорой на дентальные имплантаты (ортопедическую часть *Имплантации*) с момента окончания последнего этапа протезирования;

- 6 (Шесть) месяцев на временную ортопедическую конструкцию с опорой на дентальные имплантаты (ортопедическую часть *Имплантации*) с момента сдачи ортопедических работ.

4.3. *Исполнитель* выполняет гарантийные обязательства при соблюдении *Пациентом* следующих условий:

- Прохождение *Пациентом* бесплатных профилактических осмотров у *Исполнителя* согласно плана медицинских мероприятий (Приложение №3);

- Точное соблюдение и выполнение *Пациентом* всех послеоперационных инструкций и предписаний (Приложение №4, Памятка пациенту);

- Обеспечение *Пациентом* необходимого уровня гигиены полости рта, в т.ч. прохождение профессиональной гигиены полости рта в медицинской организации стоматологического профиля и правил пользования протезами на имплантатах в соответствии с рекомендациями лечащего врача;

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

- Обращение только к *Исполнителю* в случае дискомфорта или нарушения в области проведенной *Имплантации*.

4.4. 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 прочие), 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 ортопедических 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 проведение дентальной имплантации (Приложение №1, Приложение №2).

**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 являются: уведомление Потребителя, амбулаторная карта *Пациента*, Анкета о состоянии здоровья, Информированное согласие на проведение имплантации (Приложение №1, Приложение №2),План стоматологического лечения с применением дентальных имплантатов и профилактических медицинских мероприятий (Приложение №3),Назначения и рекомендации к стоматологическому лечению с применением дентальных имплантатов (Приложение №4). Все приложения, дополнения, изменения Договора заключаются в письменной форме и являются его неотъемлемой частью.

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. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по договору, если это произошло вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств, а также по иным законным основаниям.

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

**7. Реквизиты сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** | **Пациент:** |
| Общество с ограниченной ответственностью «Эталон СК» | Ф.И.О.:  Дата рождения: |
| 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) 225-17-00  Электронная почта: etalonclinic@mail.ru Сайт: [www.etalonclinic.ru](http://www.etalonclinic.ru) | Телефон:    Электронная почта: |
| Адрес осуществления медицинской деятельности:  г. Челябинск, ул. Сони Кривой, 38, нежилое помещение 4  Лицензия № 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./** | **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 СК» 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 СК», 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 СК», находящемуся по адресу: г. Челябинск, ул. Сони Кривой, 38, нежилое помещение 4.

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

В процессе оказания ООО «Эталон СК» мне медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать данные о моем здоровье, а также биометрические данные другим должностным лицам ООО «Эталон СК» 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 СК» 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 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 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.