ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_

об организации госпитализации

**г. Москва " "\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2013г.**

**Общество с ограниченной ответственностью «ЦВТ Медицина»**, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**» в лице Генерального директора Серебрянского Олега Юрьевича, с одной стороны, и **Гражданин(-ка) РФ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

именуемый(-ая) в дальнейшем «**Заказчик**», с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно и каждый в отдельности «Стороны/ Сторона», заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем.

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**
   1. Исполнитель оказывает Заказчику услуги по организации оказания медицинской помощи в виде прохождения стационарного лечения в соответствии с диагнозом Пациента в специализированном лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ) и услуги коммерческой скорой помощи, привлекаемом Исполнителем для этих целей (далее – Услуги по госпитализации).
   2. Права и обязанности по сделкам, совершенным Исполнителем во исполнение настоящего Договора, возникают непосредственно у Заказчика и Пациента.
   3. Существенные условия по сделке, заключаемой Исполнителем в интересах Заказчика (Пациента):

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО Пациента |  |
| Госпитализация производится в |  |
| Диагноз Пациента (основание госпитализации) |  |
| Дополнительные условии госпитализации (вид палаты, название отделения) |  |

* 1. Обратившийся в предложенное Исполнителем медицинское или лечебное учреждение Заказчик (Пациент) самостоятельно выбирают непосредственные медицинские услуги, оказываемые ЛПУ на основе поставленных диагнозов.

1. **ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**
   1. В рамках настоящего договора Заказчику (Пациенту) могут предоставляться дополнительные услуги, включая, но не ограничиваясь: ведение дела Пациента, письменные и устные консультации.
   2. В период действия настоящего договора Заказчик обязуется не заключать аналогичных агентских договоров с другими агентами, действующими на территории Российской Федерации.
   3. Подписывая настоящий договора, Заказчик (Пациент) предоставляет право Исполнителю использовать сведения, относящиеся к врачебной тайне в соответствии с целями настоящего договора, включая, но не ограничиваясь:

- передача сведений третьим лицам без письменного разрешения Пациента или его представителя.

- сбор, хранение, обработка и предоставление информации о Пациенте в рамках предоставления услуг по настоящему договору в организации государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а так же организации, не предоставляющие медицинские услуги.

* 1. К врачебной тайне относятся сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении.
  2. Пациент предоставляет право Агенту запрашивать, получать и передавать информацию, составляющую врачебную тайну, в соответствии с Федеральным законом №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в целях реализации полномочий, предоставленных настоящим договором.
  3. При невозможности оказать медицинские услуги в ЛПУ, указанном в п. 1.3, Агент не несет ответственность за перевод Пациента в профильную медицинскую организацию.
  4. При невозможности оказать услуги в ЛПУ, указанном в п. 1.3, и получении уведомления об этом Агентом, последний незамедлительно сообщает об этом Пациенту. В этом случае обязанность Заказчика (Пациента) погасить имеющуюся задолженность по оплате услуг наступает досрочно.
  5. Получение медицинской документации, имеющейся у Агента и ЛПУ осуществляется на основании запроса Пациента.
  6. Оформление Информированных добровольных согласий осуществляется Пациентом лично.
  7. В случае возникновения неотложных состояний у Пациента Клиника без согласования с Агентом определяет объем исследовании, необходимых для установления диагноза и оказания экстренной или неотложной помощи, в том числе и не предусмотренные диагнозом, указанным в п. 1.3 настоящего договора. Оплата указанной помощи осуществляется пациентом в течении 3х дней с момента предъявления счета.

1. **ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**
   1. **Исполнитель обязуется:**
      1. Организовать оказание медицинской помощи Пациенту в специализированном ЛПУ в соответствии с диагнозом Пациента (пункт 1.3 Договора)
      2. Предоставлять Заказчику Отчеты по окончании действия договора, при наличии письменного запроса Заказчика.
      3. Контролировать и информировать в устной форме Заказчика об объемах и сроках оказания медицинской помощи.
      4. Сообщать Заказчику по его требованию все сведения о ходе исполнения договора.
      5. При поступлении письменного запроса от Заказчика предоставить необходимые доказательства расходов, произведенных Исполнителем за счет Заказчика.
   2. **Заказчик обязуется:**
      1. Передавать Исполнителю в момент подписания Договора информацию, необходимую для надлежащего исполнения договора, а именно информацию о Пациенте с указанием фамилии, имени, отчества, даты рождения, адреса регистрации и фактического места жительства, домашнего и служебного телефонов, паспортных данных и контактных телефонов членов семьи.
      2. Предоставлять достоверную информацию и все имеющиеся документы о состоянии своего здоровья, в том числе, об обстоятельствах заболевания и опыте применения лекарственных препаратов в связи с заболеванием, о непереносимости отдельных лекарственных препаратов и методов лечения, а также их сочетания.
      3. Пациент принимает на себя обязательство соблюдать Правила внутреннего распорядка ЛПУ, график наблюдения у врача, в том числе - информирования его о состоянии своего здоровья в процессе лечения в оговоренных временных рамках.
      4. Возмещать Исполнителю стоимость оказания медицинских услуг, оказанных специализированным ЛПУ в соответствии с диагнозом Пациента и оплачивать вознаграждение Исполнителя за организацию госпитализации и ведение дела в сроки и в размере, установленные в настоящем Договоре.
      5. Возмещать Исполнителю стоимость оказания медицинских услуг и оплачивать вознаграждение Исполнителя в случае возникновения ургентных ситуаций, требующих оказания Заказчику дополнительных медицинских манипуляций исходя из медицинских показаний.
      6. Возмещать Исполнителю стоимость медицинских услуг и оплачивать вознаграждение Исполнителя в случае проведения обследования и лечения по поводу заболеваний, не связанных с заболеванием (состоянием) послужившим причиной госпитализации, и/или любого дополнительного обследования и лечения, проводимого по желанию Заказчика.
      7. Не заключать аналогичные договора с другими организациями в период действия настоящего договора.
      8. Исполнитель обязуется предоставить нотариально удостоверенную доверенность с указанием полномочий, необходимых для реализации прав Заказчика и Пациента, в течении 3 (трех) дней с момента поступления запроса. Исполнитель не несет ответственность, если его бездействие связано с отсутствием полномочий, удостоверенных нотариально удостоверенной доверенностью.
   3. **Исполнитель вправе:**
      1. Не приступать к исполнению настоящего договора до момента исполнения Пациентом обязательств по:

- передаче подписанного Договора;

- передачи информации и документов согласно п.п.3.2.1.-3.2.2. настоящего Договора;

- исполнению обязательств Заказчиком (Пациентом) по своевременному совершению платежей.

* + 1. Расторгнуть настоящий договор в одностороннем порядке, в случае нарушения Заказчиком условий по оплате и (или) другие условия Договора.
    2. Если из обстоятельств дела это необходимо в интересах Заказчика (Пациента) заключать Договора на предоставление медицинских услуг и иных услуг другими медицинскими организациями.
    3. Приостановить оказание услуг (предварительно уведомив об этом Заказчика) при нарушении Заказчиком (Пациентом) своих обязательств по настоящему договору.
    4. Приостановить обслуживание Заказчика, в случае выявления несоответствия фактических данных (адрес, телефон и др.) с данными, указанными в Договоре, до внесения необходимых исправлений.
    5. Использовать сведения о Пациенте, относящиеся к врачебной тайне без письменного разрешения Пациента, в целях реализации настоящего договора на свое усмотрение, включая предоставление сведений третьим лицам.
    6. Запрашивать и получать сведения, относящиеся к относящиеся к врачебной тайне без письменного разрешения Пациента, в целях реализации настоящего договора.
  1. **Заказчик вправе:**
     1. Требовать от Исполнителя надлежащего исполнения настоящего договора.
     2. Заказчик вправе получать отчет об оказанных услугах в порядке, определенном настоящим Договором.
     3. Запрашивать информацию об объемах м сроках оказания медицинской помощи.
     4. Заказчик (Пациент) имеет иные права в соответствии с действующим законодательством РФ.

1. **ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**
   1. Вознаграждение Исполнителя зависит от суммы общего счета, выставленного лечебным учреждением суммы, уплачиваемой медицинскому учреждению по настоящему договору.
      1. Если общая сумма счета не превышает 100000 руб\_ то вознаграждение Исполнителя составляет 35 (тридцать пять) %.
      2. Если общая сумма счета превышает 100 000 , то вознаграждение Исполнителя составляет 30 (тридцать) %.
   2. Заказчик одновременно с подписанием настоящего Договора оплачивает Исполнителю ***Аванс- Депозит в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. 00 коп.).***
   3. Заказчик оплачивает сумму, определенную в пункте 4.2. настоящего Договора, в качестве депозита (далее – Аванс–Депозит), с которого Исполнитель списывает денежные средства в размере стоимости фактически оказанных медицинских услуг, определяемой в соответствии с прейскурантом специализированной медицинской организации, а также стоимости услуг по госпитализации.
   4. Аванс-депозит подлежит оплате путем внесения наличных денежных средств в кассу либо путем перечисления на банковский счет Исполнителя, указанный в настоящем Договоре.
   5. Обязательства по внесению денежных средств Заказчиком (Пациентом) считаются исполненными с момента зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.
   6. Исполнение обязательств перед третьими лицами в соответствии с настоящим договором осуществляется с момента поступления средств от Заказчика.
   7. При наличии у Пациента до оказания медицинских услуг по настоящему Договору или при возникновении в период оказания медицинской помощи сопутствующего и/или конкурирующего заболевания, не указанного в пункте 1.3 Договора, Заказчик возмещает Исполнителю стоимость лечения этих заболеваний и оплачивает вознаграждение Исполнителя путем внесения дополнительного авансового платежа Исполнителю.
   8. При возникновении необходимости увеличения объёма оказанных медицинских услуг и/или исчерпании авансового платежа более чем на 70%, Клиент обязан уплатить дополнительный платёж в течение 5 (пяти) дней с момента направления уведомления Исполнителя.
   9. В случае несвоевременной исполнения обязанностей Исполнителем по оплате платежей, Исполнитель оставляет за собой право приостановить обслуживание Заказчика или расторгнуть настоящий договор в одностороннем порядке.
   10. Окончательное возмещение стоимости медицинских услуг и оплата вознаграждения Исполнителя производится Заказчиком после выписки из ЛПУ на основании счета, выставляемого Исполнителем. Счет подлежит оплате в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента его выставления.
   11. К счету прилагается отчет Исполнителя, в котором указываются: фамилия, имя пациента, дата оказания медицинских услуг, а также перечень оказанных услуг. Доказательства расходов Исполнителя могут быть предоставлены по требованию Заказчика только после полной оплаты по счету Исполнителя.
   12. Заказчик, имеющий возражения по отчету Исполнителя, должен сообщить о них Исполнителю в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня направления отчета. В противном случае отчет считается принятым Заказчиком.
   13. В случае досрочного расторжения Договора по инициативе Заказчика Исполнитель возвращает Заказчику денежные средства в сумме Аванса-Депозита за вычетом расходов на оказание медицинских услуг и суммы вознаграждения Исполнителя за ведение дела и организацию госпитализации, в течение 5 (пяти) рабочих дней после получения полных сведений о данных расходах.
   14. При поступлении от Заказчика в момент оформления медицинской документации неполной, неточной или заведомо ложной информации о состоянии здоровья Пациента Исполнитель имеет право в одностороннем порядке расторгнуть Договор с возвратом денежных средств за вычетом затрат на услуги ЛПУ и суммы вознаграждения Исполнителя за ведение дела и организацию госпитализации, после получении полных сведений о данных расходах.
   15. Неиспользованная сумма Аванса-Депозита подлежит возврату Заказчику в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения Исполнителем сведений о фактической стоимости услуг ЛПУ и вознаграждения Исполнителя и направления счета Заказчику.
2. **СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОР И ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ**
   1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до момента исполнения сторонами своих обязательств.
   2. По окончании предоставления услуг Стороны подписывают двухсторонний Акт об оказании услуг.
   3. Исполнитель оставляет за собой право направить Заказчику (Пациенту) Акт сдачи-приемки услуг заказным письмом с описью вложения и уведомлением о вручении.
   4. Датой получения Акта сдачи-приемки услуг, является 5 (пятый) день с момента сдачи в отделение почтовой связи, в случае направления посредством почтовой связи, или дата вручения Заказчику (Пациенту) или его представителю.

Полномочия представителя для целей вручения уведомления о задолженности могут быть определены на основании письменного указания или следовать из обстановки.

* 1. В течение 3 (трех) дней с даты получения Акта сдачи-приемки услуг, Заказчик (Пациент) обязан их подписать и направить Исполнителю либо направить в адрес Исполнителя мотивированный отказ. Основаниями отказа в приемке являются несоответствие оказанных услуг условиям настоящего договора и приложений к нему, подтвержденные документально.
  2. По истечении 5 (пяти) дней с момента указанного в п.5.5 при отсутствии подписанного Акта сдачи-приемки услуг или мотивированного отказа Пациента, Акт сдачи-приемки услуг считается подписанными, а услуги - оказанными надлежащим образом.

1. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ** 
   1. За просрочку оплаты счёта Заказчик уплачивает Исполнителю пеню в размере 0,1% от суммы счета за каждый день просрочки. Уплата пени не освобождает Заказчика от внесения платежа.
   2. Исполнитель не несет ответственности перед Заказчиком за неоказание или ненадлежащее оказание медицинских услуг медицинским учреждением.
   3. Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая обязательство, освобождается от ответственности, если ненадлежащее исполнение стало невозможным вследствие непреодолимой силы.
   4. В случае нарушения условия об ограничении права на заключение аналогичных договоров Заказчик (Пациент) выплачивает штраф в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .
2. **ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ**
   1. Все споры по вопросам, предусмотренным договором, или в связи с договором, стороны первоначально решают путем переговоров.
   2. При не достижении согласия в ходе рассмотрения разногласий спор рассматривается в суде по месту нахождения Исполнителя.
3. **УВЕДОМЛЕНИЯ И СООБЩЕНИЯ**
   1. Уведомления и сообщения, направляемые в соответствии с настоящим договором или в связи с ним (за исключением указанного в п. 3.1.3. ), должны быть исполнены в письменной форме и будут считаться поданными надлежащим образом, если они посланы заказным письмом, по телефаксу или доставлены нарочным под расписку по фактическим адресам участников настоящего договора.
   2. Оригиналы счетов направляются только заказным отправлением либо с нарочным.
   3. Об изменении юридических адресов, номеров телефонов, телефаксов, телексов, а также банковских реквизитов договаривающиеся стороны сообщают друг другу в течение одного дня.
4. **ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**
   1. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.
   2. Изменения и/или дополнения к настоящему договору вступают в силу при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями обеих сторон.

Приложения:

1. Согласие, на предоставление информации, относящейся к врачебной тайне (для контрагентов).
2. Согласие на обработку персональных данных.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:**  **ООО «ЦВТ Медицина»**  **Юр. Адрес101000, г. Москва , ул. Покровка, д.1/13/6, стр2 офис 305**  **ОГРН** 1027708011253  **ИНН** 7708206724, **КПП** 770101001  **Р/сч** 4070 2810500000057236  «ВТБ 24»( ЗАО) г. Москва  **К/сч** 30101810100000000716  **БИК** 044525716  **Телефон/факс: /495/ 720-44-88**  **моб.**: /903/720-44-88 | **ЗАКАЗЧИК:**  **ФИО**\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Дата рождения** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Паспорт** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Выдан** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Адрес (регистрация)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Адрес (фактического проживания)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Контактный телефон** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Е-mail** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **В экстренных случаях звонить:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О., тел.) | |
|  |  | |
| **От Исполнителя:**  **Генеральный Дирктор**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /О.Ю.Серебрянский/** | *(от имени несовершеннолетнего ребенка подписывает его родитель или иной законный представитель)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(Подпись) (ФИО)* | |
|  | |

Приложение № 1

К договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_

**ООО "ЦВТ Медицина"**

**СОГЛАСИЕ**

на предоставление сведений, составляющих врачебную тайну

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 19\_\_ года рождения

проживающая по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт гражданина РФ, серия: \_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подтверждаю свое согласие на обработку ООО "ЦВТ Медицина» (далее Оператор) моих персональных данных или

(Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения субъекта в случае его недееспособности или смерти)

Даю свое согласие на предоставление сведений, составляющих врачебную тайну ООО «ЦВТ Медицина» *(название Исполнителя),* при оказании услуг\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*название учреждения*).

Настоящее согласие дано мной «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. и действует бессрочно.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Подпись)

Приложение № 2

К договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма разработана согласно

Федеральному закону №152-Ф3

"О персональных данных"

от 27 июля 2006 г.

**ООО «ЦВТ Медицина»**

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 19\_\_ года рождения

проживающая по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт гражданина РФ, серия: \_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подтверждаю свое согласие на обработку ООО «ЦВТ Медицина» (далее Оператор) моих персональных данных или персональных данных

(Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения субъекта в случае его недееспособности или смерти)

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, гражданство, дату рождения, место жительстваа и место регистрации, контактный телефон, данные документа, удостоверяющего личность , реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу, а так же случаях обращения за медицинской стационарной, амбулаторно-поликлинической помощью, реабилитационно-восстановительного лечения, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом(оператором), чьи должностные инструкции, функциональные обязанности или выполняемые обязанности, включают право на работу с персональными данными.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, в интересах моего обследования и лечения, обрабатывать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, посредством внесения их в электронную базу данных медицинской информационной системы.

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

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, ДМС, на включение в списки (электронные реестры) и обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховыми медицинскими организациями, другими ЛПУ и организациями (ФСС РФ, ПФР), связанными договорными обязательствами с Оператором, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с использованием шифровальных (криптографических) средств, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом(оператором), чьи должностные инструкции, функциональные обязанности или выполняемые обязанности включают право на работу с персональными данными,.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные для получения государственной и оперативной статистической отчетности, отчетных форм, предусмотренными документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС, договором ДМС, вышестоящими организациями, оказывающими руководящую, регламентирующую и методическую помощь Оператору.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение, в связи с целями не указанными в настоящем согласии, может осуществляться только с моего письменного согласия. Исключение составляют основания, указанные в законодательстве, при наличии которых получение предварительного согласия не требуется.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие на обработку персональных данных 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.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего Согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку по истечении времени, соответствующего сроку хранения первичных медицинских документов согласно приказу МЗ РФ от 4 октября 1980 г. "Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения".

Я проинформирован и согласен:

- согласно [ст. 78, Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации",](consultantplus://offline/ref=8353031F54591517117A3B8474315CEA61E888F80640D1784A121D76D24022A5DF5FF3D5B43D1DN4kBL) Клиника имеет право: создавать локальные информационные системы, содержащие данные о пациентах и об оказываемых им медицинских услугах, с соблюдением установленных [законодательством](consultantplus://offline/ref=8353031F54591517117A3A8067315CEA64EE8CFF0E4C8C72424B1174D5N4kFL) Российской Федерации требований о защите персональных данных и соблюдением врачебной тайны.

- согласно п. 2 [ст. 10, Федеральный закон от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных"](consultantplus://offline/ref=64B326ADCE3BEE57254FE8264ABE2BE4B215B2BF30A8B4B706F2907F4899DA4BDCB03BEC43B4FD80y6m9L) , обработка специальных категорий персональных данных, указанных в части 1 [статьи](consultantplus://offline/ref=64B326ADCE3BEE57254FE8264ABE2BE4B215B2BF30A8B4B706F2907F4899DA4BDCB03BEC43B4FD80y6mAL) 10, допускается при отсутствии согласия пациента в случаях, если: обработка персональных данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с [законодательством](consultantplus://offline/ref=64B326ADCE3BEE57254FE8264ABE2BE4B217B4BC3DA7B4B706F2907F4899DA4BDCB03BEC43B4FA8Ay6mCL) Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Настоящее согласие дано мной «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. и действует бессрочно.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись субъекта персональных данных или его законного представителя)