

УВЕДОМЛЕНИЕ ДО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ					
Общество с ограниченной ответственностью ДЦ «ЛД-Асклепий» уведомляет потребителя и (или) заказчика о том, что <b>несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.</b> Граждане, находящиеся на лечении обязаны соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации.					
Дата		Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)/дата рождения			Подпись
ДОГОВОР ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ				№	
				дата	
СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ:					
Наименование:		Общество с ограниченной ответственностью ДЦ «ЛД-Асклепий»			
Фирменное наименование:		ДЦ «ЛД-Асклепий»		Именуемое в дальнейшем	«Клиника»
ИНН	2538126251	Адрес юридического лица в пределах его места нахождения		690033, г. Владивосток, ул. Гамарника, 3б	
ОГРН	1092538000928				
Сайт	<a href="https://asklepiy-dv.ru/">https://asklepiy-dv.ru/</a>		Электронная почта	<a href="mailto:ld-asklepiy@askl-dv.ru">ld-asklepiy@askl-dv.ru</a>	
СВЕДЕНИЯ О ЛИЦЕ ЗАКЛЮЧАЮЩЕМ ДОГОВОР ОТ ИМЕНИ ИСПОЛНИТЕЛЯ:					
Главный врач Черникова Мария Анатольевна, действующий на основании доверенности № 7/24 от 19.06.2024 года					
СВЕДЕНИЯ О ЛИЦЕНЗИИ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:					
Номер	№ Л041-01023-25/00310952		Дата выдачи	13.01.2017 г.	Срок действия: Бессрочно
Орган выдавший лицензию	Министерство здравоохранения Приморского края, адрес: г. Владивосток, ул. Первая Морская, 2, тел. 8 (423) 241-35-14				
Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией	при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу, сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), гастроэнтерологии, дерматовенерологии, мануальной терапии, неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, сердечно-сосудистой хирургии, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, 690033, Приморский край, г. Владивосток, ул. Гамарника, 3б, при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике, сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: клинической лабораторной диагностике, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, 690039, Приморский край, г. Владивосток, ул. Русская, зд. 59е, при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике, 692519, Приморский край, г. Уссурийск, ул. Суханова, 4б, при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, 692525, Приморский край, г. Уссурийск, ул. Пролетарская, д. 69, нежилое помещение № 1, при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, ультразвуковой диагностике, 692527, Приморский край, г. Уссурийск, ул. Александра Францева, д. 2а, помещ. 11, при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу				
СВЕДЕНИЯ О ПОТРЕБИТЕЛЕ (при оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно сведения фиксируются со слов потребителя услуги):					
Фамилия, имя и отчество (при наличии)		Тест Екатерина Тестовна			
Адрес места жительства		Приморский край, Владивосток г, Ленина, дом 3, квартира 24			
Иной адрес для направления ответа на письменные обращения (при наличии)					
Согласие на передачу результатов медицинских исследований и иной информации, связанной с врачебной тайной, посредством направления на электронную почту:		Согласен		Возражаю	
Адрес электронной почты для направления информации					
Телефон					
Данные документа, удостоверяющего личность:		Серия		Номер	
Выдан					

Кем выдан	
именуемый в дальнейшем «Пациент»,	
вместе именуемые, как стороны договора (далее – «Стороны»), заключили настоящий договор возмездного оказания медицинских услуг (далее – «Договор») о нижеследующем	
<b>ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА</b>	
.	Клиника обязуется по заданию Пациента оказать медицинские услуги (далее – «Услуги»), а Пациент обязуется принять и оплатить эти Услуги.
.	Перечень Услуг, предоставляемых в соответствии с Договором и стоимость этих услуг, указываются в Сметах, бланк-заказах, приложениях, являющихся неотъемлемой частью Договора (далее – «Приложение»)
.	Сроки предоставления услуг согласуются Сторонами при каждом последующем посещении и указываются путем внесения записи о назначении следующего визита Пациента в Клинику и оказываются до момента выполнения Клиникой обязательств по Договору и Приложениям к нему в полном объеме.
<b>УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ</b>	
.	Условием предоставления Услуг является заключение в письменной форме настоящего Договора Сторонами.
.	Медицинская помощь при предоставлении Услуг организуется и оказывается в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации; в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями; на основе клинических рекомендаций; с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.
.	Услуги предоставляются в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Пациента.
.	Качество предоставляемых Услуг соответствует обязательным требованиям к качеству медицинских услуг, установленных действующим законодательством и условиям Договора.
.	Клиника, при заключении Договора, предоставила Пациенту в доступной форме информацию:
	О возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
	О порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг.
	О возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
	О медицинском работнике, отвечающем за предоставление Услуги (его профессиональном образовании и квалификации).
	Об обязанности Пациента соблюдать установленный режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинской организации.
.	Клиника уведомляет Пациента, что она не участвует в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
.	В случае, если при предоставлении Услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных Услуг, не предусмотренных Договором, Клиника обязана предупредить об этом Пациента устно озвучив конкретные медицинские услуги и их стоимость. Оказанные дополнительные медицинские услуги будут внесены в Смету и (или) акт выполненных работ.
	На последующие обращения Пациента Сторонами оформляется, Смета или бланк-заказ с указанием конкретных медицинских услуг и их стоимости, являющимися приложениями к настоящему Договору.
.	В случае, если при предоставлении Услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы с Пациента. Такие расходы возмещаются Клинике в порядке и размерах, которые установлены органами государственной власти субъектов Российской Федерации в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования.
.	Услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Пациента, данного в установленном порядке.
0.	Исполнитель предоставляет Пациенту по его требованию и в доступной для него форме информацию:
	О состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения.
	Об используемых при предоставлении Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, гарантийных сроках, показаниях, противопоказаниях к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм Пациента медицинское изделие.

	Информация о режиме работы Клиники, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Клиники в соответствии с лицензией, прейскурант (перечень) Услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления Услуг и порядке их оплаты, сведения о специалистах Клиники, об уровне их профессионального образования и квалификации, а также иная установленная действующим законодательством Российской Федерации информация, размещается на сайте Клиники в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» ( <a href="https://asklepiy-dv.ru">https://asklepiy-dv.ru</a> ), а также на информационном стенде в помещении Клиники, в том числе электронных Инфоматах (при их наличии).
	Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, решаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
<b>ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН</b>	
<b>КЛИНИКА ОБЯЗУЕТСЯ</b>	
	Обеспечить соответствие Услуг требованиям и качеству, установленными действующим законодательством Российской Федерации.
	Обеспечить оказание Услуг в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, а также создавать условия, обеспечивающие соответствие оказываемой медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи.
	Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.
	Вести медицинскую документацию в установленном порядке, обеспечивать ее учет и хранение.
	Выдать Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.
<b>ПАЦИЕНТ ОБЯЗУЕТСЯ</b>	
	До оказания Услуги сообщить сведения об имеющихся у него заболеваниях, противопоказаниях к применению средств и препаратов, процедур, а также иную информацию, которая может повлиять на результат Услуги.
	Заботиться о сохранении своего здоровья, выполнять назначения медицинского персонала Клиники, соблюдать режим лечения и правила поведения в Клинике.
	Немедленно извещать Клинику об изменениях в состоянии здоровья в процессе оказания Услуг и по его завершению, выражавшиеся в том числе, но не ограничиваясь в наступлении улучшений, отсутствии положительной динамики, ухудшении самочувствия (температура, озноб, кашель, болевой синдром и т.д.).
	Извещать не позднее, чем за один рабочий день о невозможности планового посещения лечащего врача.
	Оплатить оказанную Клиникой Услугу в порядке и сроки, которые установлены Договором.
<b>КЛИНИКА ВПРАВЕ</b>	
	В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема, по согласованию с Пациентом, направить последнего к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации.
	В случаях, установленных действующим законодательством, устанавливать и изменять гарантийные сроки.
	Оказывать Услуги по настоящему Договору своими силами или привлекать третьих лиц, за действия которых Клиника несет ответственность, как за свои собственные.
	Не приступать к оказанию новых Услуг, а начатые Услуги приостановить в случае неоплаты или несвоевременной оплаты Пациентом Услуг в соответствии с Договором, а также в случае, если Пациент настаивает на лечении, которое не соответствует действующим стандартам, требованиям к технологии, медицинским показаниям.
	Изменять прейскурант (перечень) Услуг в одностороннем порядке, путём размещения на сайте Клиники, а также на информационном стенде (Инфомате).
<b>ПАЦИЕНТ ИМЕЕТ ПРАВО</b>	
	На получение имеющейся информации в доступной для него форме о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, результатах проведенного лечения, об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.
	На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, а также на отказ от медицинского вмешательства, оформленные в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
	На выбор лечащего врача с учетом возможностей Клиники и согласия врача.
	На отказ от получения Услуг после заключения Договора, с оплатой Клинике фактически понесенных расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.
<b>СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ</b>	
	Оплата Услуг Клиники производится путем использования национальных платежных инструментов, а также наличных расчетов по выбору Пациента.
	Оплата Услуг, по выбору Пациента, может осуществляться авансом или непосредственно после получения Услуги.
	По требованию Пациента или Клиники, на предоставление Услуг может быть составлена смета, являющаяся неотъемлемой частью Договора.
	После оплаты Услуг, Пациенту выдается документ, подтверждающий произведенную оплату кассовый чек.

	Клиника по обращению Пациента выдает документы, подтверждающие фактические расходы Пациента на оказанные Услуги или приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:	
	копия Договора с Приложениями и дополнительными соглашениями к нему;	
	справка об оплате медицинских услуг по установленной форме;	
	рецептурный бланк с проставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика», заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации;	
	документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов (кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета).	
ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН		
	Клиника несет ответственность за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по вине Клиники в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.	
	Клиника освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по Договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы или по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.	
	При надлежащем исполнении обязательств Клиникой, в соответствии с Договором и действующим законодательством, отсутствие ожидаемого Пациентом результата не является основанием для признания обязательства не выполненным.	
	В случае возникновения разногласий, спор между Сторонами рассматривается в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.	
ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ		
	Обработка персональных данных Пациента осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».	
	Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.	
	Договор может быть изменен по соглашению Сторон путем составления дополнительного соглашения в письменной форме, подписанного уполномоченными на то представителями обеих Сторон.	
	Договор может быть расторгнут по взаимному соглашению Сторон или требованию одной из Сторон в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.	
	Условия и сроки ожидания Услуг устанавливаются Клиникой и предоставляются для ознакомления до заключения Договора.	
	Порядок и условия выдачи Пациенту, после исполнения Договора медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья после получения Услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, производится в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, без взимания дополнительной платы.	
	Договор составлен в двух экземплярах по одному для каждой из Сторон. Оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.	
ПОДПИСИ СТОРОН		
КЛИНИКА		
Общество с ограниченной ответственностью ДЦ «ЛД-Асклепий» Главный врач Черникова Мария Анатольевна, действующий на основании доверенности № 7/24 от 19.06.2024 года		  QR код на уголок потребителя
<div>М.П.</div> 		
ПАЦИЕНТ		
ФИО (при наличии)		
Договор прочитан мною лично, условия мне разъяснены и понятны		
Дата	Подпись	Расшифровка подписи

# СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ (ПАЦИЕНТА ИЛИ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Настоящим я, паспорт серия: № \_\_\_\_\_ дата выдачи кем выдан:,  
зарегистрированный (ая) по адресу:..

**Для заполнения законным представителем:**

Настоящим я, \_\_\_\_\_

(ФИО полностью законного представителя субъекта персональных данных)

Паспорт \_\_\_\_\_

(данные документа, удостоверяющего личность: вид документа, серия, номер, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе)

зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес регистрации)

как законный представитель на основании: \_\_\_\_\_

(документ, подтверждающий, что субъект является законным представителем подопечного)

В соответствии с требованиями федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свободно, своей волей и в своём интересе (в интересе субъекта персональных данных, законным представителем которого я являюсь) согласие на обработку своих персональных данных (персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь), в т. ч. отнесенных к специальной категории персональных данных,

**Обществу с ограниченной ответственностью** **Диагностический центр «Лабораторная Диагностика-Асклепий» (ООО ДЦ «ЛД-Асклепий»)** (далее – **Оператор**), расположенному по адресу: 690033, г. Владивосток, ул. Гамарника 3 «Б», а также его территориально обособленным подразделениям (Владивостокскому филиалу №1 ООО ДЦ «ЛД-Асклепий», расположенному по адресу: г. Владивосток, ул. Светланская, 113; филиалу в г. Уссурийске ООО ДЦ «ЛД-Асклепий», расположенному по адресу: г. Уссурийск, ул. Суханова 46; Уссурийскому филиалу № 2 ООО ДЦ «ЛД-Асклепий», расположенному по адресу: г. Уссурийск, ул. Пролетарская 69),,

в медико - профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинской помощи, в т. ч. на коммерческой основе, путем извлечения прибыли; создания условий для обеспечения гарантий прав граждан на оказание медицинской помощи надлежащего качества и в соответствующем объеме, а также профилактике заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека (субъекта персональных данных), поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи; исполнения обязательств по договору; осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на Оператора функций, полномочий, обязанностей, а также осуществления прав и законных интересов оператора в рамках осуществления видов деятельности, предусмотренных Уставом и иными его внутренними локальными актами Оператора, для исполнения иных федеральных законов; а также осуществления услуг, связанных с информированием клиентов по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в т. ч. информации рекламного характера. Моими персональными данными (персональными данными лица, законным представителем которого я являюсь) является любая информация, относящаяся ко мне как к физическому лицу (к лицу, законным представителем которого я являюсь), указанная в договоре на оказание медицинских услуг и иных соглашениях, медицинской карте, бланках, талонах и иных учетных формах, а именно: ФИО; пол; год, месяц, дата и место рождения; гражданство; национальность; данные документа, удостоверяющего личность; адрес проживания, дата регистрации по указанному месту жительства; сведения о семейном положении, о родственниках (ФИО, возраст, степень родства, адрес, контактные данные (в целях осуществления связи): телефон, электронная почта; иные данные, истребованные Оператором в объёме необходимом для оказания качественной медицинской помощи в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, а также для ведения установленных учетно-отчетных формах, для связи в случае необходимости); сведения о месте работы, профессия; сведения о социальных льготах и социальном статусе; страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные договоров и иных соглашений на представление платных медицинских услуг, приложений к ним; сведения, касающиеся состояния здоровья, состояния интимной жизни и всей информации, использованной при оказании медицинской помощи в рамках договоров о представлении платных медицинских услуг (сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, сведения о состоянии здоровья и диагнозе, история развития заболевания, сведения об истории жизни, перенесенных заболеваниях, семейном анамнезе, наследственных заболеваниях, травмах и т. п., сведения об особенностях реакции организма на применяемые фармацевтические средства, медицинские вмешательства, сведения о полученных результатах обследования, результатах анализов, диагнозе, сведения о медицинских вмешательствах и применяемых методах и препаратах, сведения о результатах отдельных медицинских вмешательств и комплексном медицинском вмешательстве, сведения о временной нетрудоспособности (в т. ч. серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии)), контактные данные (в целях осуществления связи): телефон, электронная почта; а также иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении; сведения об оплате оказанных услуг; иные сведения, необходимые для указанных целей.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи (медицинской помощи лицу, законным представителем которого я являюсь) я предоставляю право осуществлять обработку моих персональных данных (персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь), в т. ч. отнесенных к специальной категории, помимо лиц, профессионально занимающихся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну в соответствии со ст. 9 федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», другим должностным лицам Оператора в интересах своего обследования и лечения (интересах обследования и лечения лица, законным представителем которого я являюсь). Я предоставляю Оператору право осуществлять обработку персональных данных в т. ч. отнесенных к специальной категории, путём совершения действий (операций) или совокупности действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации (без использования таких средств), по открытым каналам связи (в том числе посредством Интернета, электронной почты) и по локальной сети, с применением электронных и иных материальных носителей информации, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, передачу (распространение, представление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные лица, законным представителем которого я являюсь) посредством внесения их в электронную базу данных; включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами,

регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации; осуществлять передачу (представление, доступ) в налоговые органы в соответствии с Налоговым Кодексом; третьим лицам (уполномоченным должностным лицам в законном порядке); надзорным, контролирующим и исполнительным органам; передачу персональных данных и осуществление иных действий, не противоречащих действующему законодательству Российской Федерации третьим лицам в целях исполнения договора (соглашения), исполнения требований действующего законодательства Российской Федерации, при условии, что и приём и обработка будет осуществляться в соответствии с действующим законодательством.

Настоящим я подтверждаю свое согласие на обработку оператором моего контактного телефона, адреса электронной почты и почтового адреса, с целью информирования меня по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в том числе, но не исключительно, по вопросам о подтверждении (об отмене или изменении) даты и времени записи на прием к врачу; сроках оказания услуг; представления иных, связанных с исполнением договора на оказание медицинских услуг, сведений, в том числе о готовности результатов исследований (анализов); иную медицинскую документацию; об информации о предстоящих акциях на предоставляемые услуги путем представления соответствующей информации с помощью электронной почты, телефонного звонка (или смс-сообщения), почтовой рассылки. Я уведомлен, что информация будет направлена по незащищенным каналам связи, в связи с чем, оператор не может гарантировать конфиденциальность информации, не несет ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам. Я даю согласие, в случае личного обращения по телефону, на обработку моих персональных данных (персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь) посредством системы записи телефонных разговоров используемой Оператором в целях: контроля качества обслуживания клиентов работниками, при общении с клиентами по телефону, повышения качества обслуживания, регулирования спорных вопросов с клиентами, а также снижения вероятности утечек конфиденциальной информации.

Я осведомлен о том, что для улучшения качества обслуживания субъектов персональных данных и их законных представителей, обеспечения их личной безопасности и имущества, антитеррористической безопасности на территории оператора осуществляется видеонаблюдение, в том числе в медицинских кабинетах с зоной покрытия только медицинского оборудования и рабочего места врача, без аудиодорожки.

Передача моих персональных данных (персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь) иным лицам и/или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения амбулаторной медицинской карты и составляет 25 лет.


Об ответственности за достоверность представленных персональных сведений предупрежден (а).

Настоящее согласие действительно со дня его подписания и действует бессрочно.

Я ознакомлен (а) с документами оператора, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

Согласие может быть отозвано мной в любое время на основании моего письменного заявления, направленного в адрес Оператора: **690033, г. Владивосток, ул Гамарника 3 «Б»**, заказным письмом с уведомлением или вручён лично под расписку представителю Оператора.

Подпись под настоящим согласием означает понимание мной всех условий, порядка и последствий обработки моих персональных данных (персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь).

<div><div></div><div>(подпись субъекта персональных данных или его законного представителя)</div></div>	<div>/</div> <div>(расшифровка подписи)</div> <div>Г.</div>
<div><div></div><div>(подпись уполномоченного представителя Оператора)</div></div>	<div>/Главный врач Черникова Мария Анатольевна, действующий на основании доверенности № 7/24 от 19.06.2024 года /</div> <div>(расшифровка подписи)</div> <div>Г.</div>



# СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА НАПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ

Настоящим я,

(ФИО полностью субъекта персональных данных)

Паспорт

(данные документа, удостоверяющего личность: вид документа, серия, номер, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе)

зарегистрированный (ая) по адресу:

телефон заявителя:

Для заполнения законным представителем<sup>1</sup>:

Настоящим я, ,

(ФИО полностью законного представителя субъекта персональных данных)

Паспорт

(данные документа, удостоверяющего личность: вид документа, серия, номер, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе)

зарегистрированный (ая) по адресу:

(адрес регистрации)

как законный представитель:

(ФИО, дата рождения, представляемого),

на основании:

(документ, подтверждающий, что субъект является законным представителем подопечного)

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и иными подзаконными актами, я даю согласие на направление информации, связанной с оказанием мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг<sup>2</sup>, обществу с ограниченной ответственностью ДЦ «ЛД-Асклепий» (ООО ДЦ «ЛД-Асклепий») (далее - Оператор), расположенному по адресу: 690033, г. Владивосток, ул. Гамарника 3 «Б», а именно: результаты лабораторных, диагностических исследований, выписки из амбулаторной медицинской карты пациента, протоколы лечения, справки установленной формы, протоколы ВК и иные документы связанные с фактом обращения за оказанием медицинской помощи, результатами исследований, назначением лечения и установлением диагноза, **посредством (необходимо указать):**

(почтовый адрес, индекс)



электронной связи:

(адрес электронной почты (e-mail))

Я осведомлен(а) о том, что Оператор не несет ответственности за неправильно указанный мной: контактный номер телефона (факса)/ адрес электронной почты/ почтовый адрес.

Я проинформирован(а), что передаваемая информация будет направляться по открытым (незащищенным) каналам связи в запароленном файле формата Zip7. Инструкция о формировании пароля предоставлена мне на руки и размещена на официальном сайте ООО ДЦ «ЛД-Асклепий».

Согласие может быть отозвано мной в любое время на основании моего письменного заявления, направленного в адрес Оператора: 690033, Приморский край, г. Владивосток, ул. Гамарника 3 «Б», заказным письмом с уведомлением или вручен лично под расписку представителю Оператора.

Текст Согласия мной прочитан, дополнений, замечаний и возражений не имею.

Настоящее согласие подписано «26» Февраль 2024г. и действует бессрочно, до момента его отзыва.

Подпись пациента

(расшифровка подписи)

## ВНИМАНИЕ!

Результаты исследований направляются только при их полной готовности. Результаты исследований и/или иная информация, связанная с оказанными Вам услугами, доставляемая посредством электронной связи, пересылается в формате PDF. Для корректного просмотра передаваемой информации, на Вашем устройстве должно быть установлено программное обеспечение AdobeReader, FoxitReader или аналогичное.

Обращаем Ваше внимание, что Оператор не может гарантировать доставку направляемой информации, если имеются независимые от Оператора причины (включенные настройки систем подавления массовых рассылок, недостаточный объем памяти, невозможность приема файлов в PDF-формате и т.п.), а также из-за неразборчивости написания Вами контактных данных.

Пароль состоит из номера медицинской карты указанной на бланке направлении.

Пример:

12345678

Для ввода пароля сохраняйте свой экземпляр направления, на нем указан номер Вашей медицинской карты.

<sup>1</sup>В случае недееспособности субъекта персональных данных (пациента), в том числе не достигшего совершеннолетия (18 лет), настоящее согласие дают и подписывают его законные представители: родители, усыновители, опекуны или попечители.

<sup>2</sup>В том числе направление сведений составляющих врачебную тайну.

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство**

Я,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу:

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в **Обществе с ограниченной ответственностью Диагностический центр «Лабораторная диагностика-Асклепий»**

Медицинским работником

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

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

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

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

÷  
(дата оформления)