

# ПРОЕКТ ДОГОВОРА

## ДОГОВОР об оказании услуг по медицинскому обслуживанию

г. Москва

« » \_\_\_\_\_ 2023 г.

Российский научный фонд, именуемый в дальнейшем «Заказчик», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, находящееся по адресу: имеющее лицензию \_\_\_\_\_, выданную Департаментом здравоохранения г. Москвы (Оружейный переулок, д. 43, г. Москва, 127006, (499) 251-83-00), далее именуемое, «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_, действующей (го) на основании доверенности от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», с соблюдением требований Гражданского кодекса Российской Федерации, иных актов законодательства Российской Федерации и Положения о закупках товаров, работ, услуг для обеспечения деятельности Российского научного фонда, на основании протокола рассмотрения котировочных заявок № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ заключили настоящий Договор о нижеследующем:

### 1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель обязуется оказывать работникам Заказчика и членам их семей (далее – Пациентам), указанным в Приложении № 1 к Договору, платные медицинские услуги: скорую помощь в неотложной форме, амбулаторно-поликлиническую, стоматологическую медицинскую помощь, помощь на дому (далее – услуги), а Заказчик обязуется оплатить эти услуги.

1.2. Перечень (Программа) оказываемых Пациентам услуг согласован Сторонами в Приложениях № 1 и № 2 к Договору. Виды оказываемых медицинских услуг в рамках Перечня каждому Пациенту определяются самостоятельно.

1.3. Оказание услуг осуществляется с соблюдением порядков и стандартов оказания медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Исполнитель в соответствии с законодательством Российской Федерации несет ответственность за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и/или здоровью при оказании услуг Пациенту.

1.4. Если иное не согласовано Сторонами дату и время оказания услуги определяет Пациент самостоятельно, используя систему автоматизированной записи на прием к специалисту либо через обращение к администратору Исполнителя.

1.5. Исполнитель уведомляет Заказчика и Пациента о том, что несоблюдение Пациентами указаний (рекомендаций) специалиста, оказывающего услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество медицинской помощи, отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

1.6. Договором не предусматривается лечение заболеваний, указанных в Приложении № 4 к Договору. Выявление в процессе оказания услуг у Пациента заболевания, указанного в Приложении № 4 к Договору, является основанием для расторжения Договора. Если онкологическое заболевание, злокачественное образование лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, эпилепсия в легкой форме впервые диагностируется в период действия Договора, то Договор остается в силе. При этом в рамках настоящего Договора услуги, связанные с диагностикой и лечением онкологического заболевания и эпилепсии не оказываются.

1.7. Договор предусматривает оказание услуг женщинам со сроком беременности до восьми недель и прекращает свое действие в отношении Пациента по прошествии последнего дня восьмой недели беременности, определенного заключением специалиста

Исполнителя.

1.8. Исполнитель информирует Заказчика, а также самих Пациентов при оказании им медицинских услуг о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

## 2. Цена Договора и расчеты

2.1. Стоимость Перечня (Программы) услуг (Приложение № 2 к Договору) составляет \_\_\_\_\_ рублей. Цена Договора определяется стоимостью Перечня (Программы) услуг умноженной на количество Пациентов (Приложение № 1 к Договору) и устанавливается Исполнителем в размере \_\_\_\_\_ рублей. Стоимость услуг указана в Прейскуранте Исполнителя, информацию об услугах и их стоимости можно получить по телефону Исполнителя.

2.2. Заказчик производит оплату Договора в течение 7 (семи) дней с момента получения счета Исполнителя.

В случае если денежные средства не будут перечислены на счет Исполнителя в течение данного срока, Исполнитель оставляет за собой право изменить цену Договора.

Денежные средства не возвращаются, в том числе при откреплении Пациентов в течение срока действия Договора.

2.3. Прикрепление новых Пациентов оформляется дополнительным соглашением к Договору, в котором стоимость Перечня (Программы) определяется Прейскурантом, действующим на день заключения дополнительного соглашения.

2.3.1. Замена Пациентов по Договору осуществляется на основании письменного обращения Заказчика, путем составления дополнительного соглашения к Договору в следующем соотношении:

-не более 3-х Пациентов в период оказания услуг в рамках настоящего договора, указанного в п.3.1. Договора.

Неиспользованные подлежащими замене Пациентами денежные средства подлежат зачету в счет оказания услуг Пациентам, данные которых были внесены в рамках дополнительного соглашения.

2.3.2. Приемка оказанных по настоящему Договору услуг осуществляется по акту об оказании услуг. Независимо от того, воспользовался Пациент услугами Исполнителя или нет, они считаются оказанными и подлежат оплате в полном объеме по настоящему Договору. В течение пяти календарных дней после окончания периода оказания медицинских услуг в рамках настоящего Договора, указанного в пункте 3.1 настоящего Договора, Исполнитель представляет Заказчику подписанный со стороны Исполнителя акт об оказании услуг (в двух экземплярах). Один экземпляр подписанного Заказчиком акта об оказании услуг направляется Исполнителю.

2.4. Исполнитель устанавливает для каждого Пациента лимит медицинских услуг (далее – ЛМУ) в размере трехкратной стоимости Перечня (Программы), предусмотренного Приложениями № 1 и № 2 к Договору.

Заказчик понимает и соглашается с тем, что в течение срока действия Договора Пациент может получить объем медицинских услуг, стоимость которых не превышает размер ЛМУ.

2.5. В случае исчерпания ЛМУ, в течение срока действия Договора Пациенту предоставляется 50% скидка от стоимости по Прейскуранту на услуги, входящие в Перечень (Программу) Приложений №№ 1 и 2 к Договору. Оплата услуг сверх ЛМУ производится по выставленному Исполнителем счету Пациентом.

2.6. Исполнитель оставляет за собой право изменения Прейскуранта (изменение стоимости услуг, введение дополнительных и исключение отдельных услуг),

направляя сообщение об этом Заказчику на адрес электронной почты: \_\_\_\_\_ за 2 (две) недели до вступления в действие нового Прейскуранта.

Заказчик соглашается с этим правом Исполнителя и признает для себя указанный порядок надлежащим способом получения информации о стоимости и видах услуг.

2.7. Заказчик (Пациент) понимает и соглашается с тем, что изменение стоимости услуг в течение срока действия Договора может повлечь сокращение объема услуг, предусмотренных пунктом 2.4 Договора.

### **3. Срок действия, приостановление и досрочное расторжение Договора**

3.1. Срок действия Договора – один год. При своевременном исполнении Заказчиком пункта 2.2 Договора и предоставлении им заполненного в алфавитном порядке Приложения № 1 к Договору Стороны согласовывают действие Договора с 03 апреля 2023 г. по 02 апреля 2024 г. включительно.

3.2. Действие Договора может быть приостановлено в связи с обстоятельствами, не зависящими от воли Сторон (форс-мажор, стихийные бедствия, военные действия, запретительные меры органов государственной власти и т.п.).

3.3. Договор может быть досрочно расторгнут в одностороннем порядке в соответствии с пунктами 1.6 и 1.7 Договора, а также по соглашению Сторон либо по требованию одной из Сторон в порядке и по основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

### **4. Обязательства Сторон**

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Довести в доступной форме до сведения Заказчика и Пациентов информацию о перечне услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией, о режиме работы Исполнителя, квалификации его специалистов, правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006.

4.1.2. Предоставить Пациенту при первом обращении за медицинскими услугами карту-пропуск, содержащую информацию о прикрепленном Пациенте.

В случае утраты Пациентом карты-пропуска, новая карта выдается за дополнительную плату, установленную Исполнителем.

4.1.3. Произвести по письменному заявлению Пациента в десятидневный срок замену лечащего врача, а также (для женщин) замену врача участкового гинеколога.

4.1.4. Выдавать листки временной нетрудоспособности и иные медицинские документы согласно нормативным правовым актам Российской Федерации.

4.1.5. При наличии медицинских показаний по направлению специалиста Исполнителя предложить Пациенту стационарное лечение в клинике Исполнителя, согласно пункту 5.3 Договора. Оказание амбулаторно-поликлинической помощи Пациенту на время нахождения в стационаре приостанавливается.

4.1.6. Выдать Пациенту по запросу Заказчика детализацию оказанных услуг и их стоимость по Прейскуранту на день оказания услуги.

4.2. Заказчик обязан:

4.2.1. Предоставить Исполнителю список Пациентов по форме Приложения № 1 к Договору с подписанным согласием каждого Пациента (законного представителя) на обработку его персональных данных, а также заполненное Соглашение о предоставлении сервисных услуг (Приложение № 6 к Договору).

4.2.2. Ознакомить Пациента с:

- Перечнем (Программой) (Приложение № 2 к Договору);
- Перечнем поводов для вызова скорой медицинской помощи в неотложной форме (при наличии данной услуги в Перечне (Программе) (Приложение № 7 к Договору));

- Памяткой о правилах и условиях медицинского обслуживания в клинике Исполнителя (Приложение № 5 к Договору);

- Перечнем нозологий, являющихся противопоказанием для заключения Договора и основанием для прекращения его действия (Приложение № 4 к Договору).

4.2.3. Использовать для посещения Клиники Пациентом карту-пропуск, предъявлять ее администраторам при записи на прием к специалистам.

4.2.4. Предоставить Исполнителю:

- заверенные Заказчиком копии приказов о приеме на работу работников Заказчика;

- копии свидетельств о рождении и браке, иные документы членов семей работников Заказчика;

- согласие Пациентов на передачу Заказчику сведений о состоянии здоровья (Приложение № 3 к Договору), которые влекут за собой прекращение действия Договора (Исполнитель не оказывает медицинские услуги Пациентам, от которых (или их законных представителей) такое согласие не получено);

- документы, подтверждающие постановку Заказчика на учет в налоговом органе и внесение его в Единый государственный реестр юридических лиц;

- документ, удостоверяющий полномочия лица на подписание Договора (приказ о назначении на должность, доверенность).

## 5. Особые условия

5.1. В период действия Договора Пациентам предоставляется 10% скидка от стоимости по Прейскуранту на услуги, не включенные в Перечень (Программу) согласно Приложениям №№ 1 и 2 к Договору (кроме стоимости драгоценных металлов в стоматологии и услуги «Радиологическое исследование КТ всего тела») при оплате их из личных средств.

5.2. В течение срока действия Договора услуга по экстренной госпитализации Пациентов в стационар Исполнителя оказывается на условиях дополнительного соглашения.

5.3. В течение срока действия Договора лечение в стационаре Исполнителя осуществляется по отдельному договору и, в случае его оплаты Пациентом из личных средств, к счету Исполнителя предоставляется 20% скидка (за исключением стоимости медикаментов и расходных материалов).

Госпитализация производится после внесения Пациентом на расчетный счет или в кассу Исполнителя авансового платежа.

5.4. Оказание скорой медицинской помощи в неотложной форме и медицинской помощи на дому на присоединенной с 01.07.2012 к г. Москве территории, в городе Зеленограде, а также за пределами границы города Москвы производится за дополнительную плату в соответствии с Прейскурантом Исполнителя на день оказания помощи.

В случае отсутствия на момент вызова свободных бригад скорой медицинской помощи Пациенту обеспечивается вызов скорой помощи «03». При освобождении бригада скорой медицинской помощи Исполнителя связывается с Пациентом для уточнения его состояния и актуальности вызова.

5.5. Исполнитель по поручению и за счет средств Заказчика может оформить необходимые документы и подобрать медицинское либо санаторно-курортное учреждение соответствующего профиля за пределами Российской Федерации с организацией в нем лечения и/или курса реабилитации Пациента.

5.6. Исполнитель не предоставляет иных услуг, кроме предусмотренных пунктом 1.2 Договора, и не несет ответственности, в том числе в порядке статьи 402 Гражданского кодекса Российской Федерации за услуги, которые не предусмотрены Договором.

Работники Исполнителя вправе отказать Пациенту, например, в присмотре за малолетним ребенком. Такой отказ не является нарушением Исполнителем обязательств по Договору.

## **6. Конфиденциальность**

6.1. Стороны обязуются соблюдать конфиденциальность информации, полученной при выполнении Договора. Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств конфиденциальности. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны.

6.2. Конфиденциальной по Договору признаются:

6.2.1. Информация о содержании Договора в части, раскрывающей индивидуальные сведения о Заказчике и персональные данные Пациентов.

6.2.2. Сведения, составляющие врачебную тайну.

6.3. Стороны обязуются соблюдать режим безопасности персональных данных и истории болезни Пациента (ов) при обработке информации, а также принимать все необходимые меры для предотвращения разглашения такой информации.

6.4. В соответствии со статьями 7, 9 и 18 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» Стороны обязуются обеспечивать правомерную передачу персональных данных друг другу, которая может осуществляться в целях выполнения обязательств по Договору. Не позднее момента передачи персональных данных передающая Сторона обязана предоставить получающей Стороне подтверждение того, что субъекты персональных данных, чьи персональные данные передаются, уведомлены о передаче и предстоящей обработке их персональных данных в форме согласия, позволяющей подтвердить факт его получения, или в форме подтверждения наличия оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона «О персональных данных».

6.5. Одна Сторона обязуется возместить другой Стороне убытки и расходы, понесенные вследствие нарушения конфиденциальности персональных данных.

## **7. Прочие условия**

7.1. Разногласия и споры Стороны будут разрешать путем переговоров, а по вопросам, не нашедшим своего разрешения в этом порядке, посредством обращения в суд.

7.2. Во всем остальном, что не предусмотрено Договором, Стороны будут руководствоваться законодательством Российской Федерации.

7.3. Изменения и дополнения к Договору действительны, если они совершены в письменной форме и подписаны представителями Сторон.

7.4. Все уведомления и сообщения, касающиеся исполнения Договора, должны быть сделаны в письменной форме, и будут считаться поданными надлежащим образом, если направлены заказным письмом почтой России, по телеграфу, телефаксу, электронной почте или доставлены лично по указанным в Договоре адресам Сторон.

7.5. Договор заключается (подписывается) в количестве экземпляров равном количеству Сторон (Заказчик, Исполнитель). Все экземпляры Договора имеют равную юридическую силу.

7.6. Приложения, являющиеся неотъемлемой частью Договора:

- № 1 – Форма Списка Пациентов;

- № 2\* – в зависимости от выбранной программы;

- Перечень № 1 медицинских услуг, предоставляемых Исполнителем;

- и Перечень № 3 медицинских услуг, предоставляемых Исполнителем по отделению семейной медицины;

- № 3 – Согласие Пациентов на передачу Заказчику сведений о состоянии здоровья;

- № 4 – Перечень нозологий, являющихся противопоказанием для заключения договора на медицинское обслуживание и основанием для прекращения действия договора;

- № 5 – Памятка о правилах и условиях медицинского обслуживания в клинике Исполнителя;

- № 6 – Согласие Пациента (его законного представителя) на обработку персональных данных и Соглашение о предоставлении сервисных услуг,

- № 7 – Перечень поводов для вызова скорой медицинской помощи в неотложной форме,

7.7. Объем оказываемых услуг согласован Сторонами и закодирован: 01 – скорая, 02 – вызов врача терапевта (педиатра) на дом, 03 – поликлиника, 06 – стоматология,

**Заказчик ознакомлен и ему понятно содержание Приложений №№ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 к Договору, с которыми он согласен.**

**Приложения №№ 1, 2, 3, 4, 5, 6 и 7 получены Заказчиком.**

## 8. Юридические адреса и реквизиты сторон:

### ЗАКАЗЧИК:

Российский научный фонд

ИНН 7709473426

КПП 770901001

Почтовый адрес: 109992, ГСП-2 Москва, ул. Солянка, д. 14 стр.3

тел.: (499) 606-02-07

р/с 40503810000260000003 Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО) в г.

Москва

к/с 30101810145250000411 в ГУ Банка России по ЦФО г. Москва

БИК 044525411

ИНН 7702070139

ОГРН 1137799022261

Код ОКПО 94180451

### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Полные реквизиты Исполнителя

**ЗА ЗАКАЗЧИКА:**

**ЗА ИСПОЛНИТЕЛЯ:**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Приложение № 1 к Договору  
 Ответственный за медобслуживание  
 сотрудник Заказчика:

Моб. телефон: \_\_\_\_\_

Адрес доставки корреспонденции: \_\_\_\_\_

**СПИСОК ПАЦИЕНТОВ**

№ п/п	Ф.И.О.	Должность сотрудника/член семьи	Число, месяц, год рождения	Адрес регистрации (прописки), индекс, телефон	Срок действия договора	Объем медицинской помощи (Перечень, программа)	Стоимость годового прикрепления (руб.)
1.							

№ п/п	Вид услуг	кол-во прикрепляемых
1	годовое прикрепление по программе 18-59 лет (Стандарт)	43
2	годовое прикрепление по программе для лиц старше 61 года (Стандарт)	3
	<b>Итого:</b>	<b>46</b>
1	годовое прикрепление по программе 18-59 лет (VIP)	5
2	годовое прикрепление по программе для лиц старше 61 года (VIP)	5
	<b>Итого:</b>	<b>10</b>
	<b>Общий итог:</b>	<b>56</b>

ИТОГО: 56 человек (а).

Получено \_\_\_\_\_ (специалист ООД)

**ЗА ЗАКАЗЧИКА:**

**ЗА ИСПОЛНИТЕЛЯ:**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**Перечень (ПРОГРАММА)  
медицинских услуг**

**ЗА ЗАКАЗЧИКА:**

**ЗА ИСПОЛНИТЕЛЯ:**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /



**СОГЛАСИЕ****на передачу сведений Заказчику о состоянии здоровья, которые влекут прекращение действия настоящего Договора**

Настоящее Согласие подтверждает разрешение Пациентов на передачу Заказчику сведений о состоянии здоровья, которые влекут прекращение действия настоящего Договора.

Исполнитель не оказывает медицинские услуги Пациентам, от которых такое согласие не получено.

**СПИСОК ПАЦИЕНТОВ**

<b>№ п/п</b>	<b>Ф.И.О.</b>	<b>Подпись о согласии на передачу Заказчику сведений о состоянии здоровья, которые влекут прекращение действия настоящего Договора</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

ИТОГО: \_\_\_\_\_ человек (а).

**ЗА ЗАКАЗЧИКА:**

**ЗА ИСПОЛНИТЕЛЯ:**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**ПЕРЕЧЕНЬ****нозологий, являющихся противопоказанием для заключения договора на медицинское обслуживание и основанием для прекращения действия Договора**

1. Венерические заболевания (сифилис, мягкий шанкр, гонорея).
2. ВИЧ-инфекция.
3. Почечная недостаточность 3-й стадии.
4. Печеночная недостаточность.
5. Тяжелые наследственные заболевания. Тяжелые врожденные аномалии и пороки развития.
6. Онкологические заболевания, выявленные до момента постановки пациента на медицинское обслуживание.
7. Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей.
8. Профзаболевания.
9. Туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз.
10. Острая хроническая лучевая болезнь.
11. Психическое заболевание, а также и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеваниями психической природы.
12. Эпилепсия, демиелинизирующие заболевания нервной системы.
13. Алкоголизм, наркомания, токсикомания.
14. Легочная инфекция, вызванная *Mycobacterium*.
15. Кожная инфекция, вызванная *Mycobacterium*.
16. Инфекция, вызванная *Mycobacterium*, неуточненная.
17. Лепра.

Примечание: 1. Лечение бесплодия и проведение ЭКО (ИКСИ), дородовое ведение беременных осуществляется по отдельным договорам.

2. Если онкологическое, злокачественное образование лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, эпилепсия в легкой форме впервые диагностируется в период действия договора, то договор остается в силе до его окончания (без оказания услуг, связанных с диагностикой и лечением онкологического заболевания и эпилепсии).

**Приложение № 5 к Договору**

**ПАМЯТКА  
о правилах и условиях медицинского обслуживания в клинике Исполнителя**

## Приложение № 6 к Договору

## Согласие пациента (его представителя) Исполнителю на обработку биометрических персональных данных с целью осуществления пропускного режима

Я, ФИО: \_\_\_\_\_, адрес: \_\_\_\_\_, основной документ, удостоверяющий личность: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_, орган, выдавший документ \_\_\_\_\_

действуя своей волей и в своем интересе, даю согласие Исполнителю (адрес местонахождения: \_\_\_\_\_):

моих персональных данных,

представленных мною персональных данных на моего (мою) \_\_\_\_\_ кем приходится

ФИО: \_\_\_\_\_, адрес: \_\_\_\_\_, основной документ, удостоверяющий личность: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_, орган, выдавший документ \_\_\_\_\_, представителем которого я являюсь на основании доверенности (или иного документа, подтверждающего полномочия) \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_,

на обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, извлечение, использование, блокирование, удаление, уничтожение) с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации моих нижеперечисленных персональных данных:

- фамилия, имя, отчество; идентификатор пропуска (ID-карты); фотографическое изображение лица (биометрические персональные данные); время и дата посещения Клиники Исполнителя,

с целью:

- идентификации Пациента при осуществлении пропускного режима на территории Клиники Исполнителя.

Настоящее согласие действует со дня его подписания на период выполнения обязательств, связанных с оказанием Исполнителем мне или лицу, которое я представляю, медицинских услуг, и в течение 10 лет<sup>1</sup> с момента выполнения указанных обязательств Исполнителем, если оно не было отозвано в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

С порядком и возможными последствиями отзыва<sup>2</sup> согласия на обработку персональных данных ознакомлен (а).

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись)

<sup>1</sup> Данная норма распространяется, в том числе, на обработку персональных данных в информационных системах персональных данных.

<sup>2</sup> Часть 2 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»: «Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных. В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона № 152-ФЗ». Подлинник указанного отзыва, подписанный субъектом персональных данных, должен быть представлен по адресу оператора.

**Согласие пациента (его представителя) Клиники Исполнителя на обработку персональных данных с целью проведения обслуживания медицинского оборудования**

Я, ФИО: \_\_\_\_\_, адрес: \_\_\_\_\_, основной документ, удостоверяющий личность: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_, орган, выдавший документ \_\_\_\_\_

действуя своей волей и в своем интересе, даю согласие Исполнителю (адрес местонахождения: \_\_\_\_\_):

моих персональных данных,

представленных мною персональных данных на моего (мою) \_\_\_\_\_ кем приходится

ФИО: \_\_\_\_\_, адрес: \_\_\_\_\_, основной документ, удостоверяющий личность: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_, орган, выдавший документ \_\_\_\_\_, представителем которого

я являюсь на основании доверенности (или иного документа, подтверждающего полномочия)

\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_,

на обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, извлечение, использование, предоставление (доступ) сервисным организациям, блокирование, удаление, обезличивание, уничтожение) с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации моих нижеперечисленных персональных данных:

- фамилия, имя, отчество; дата рождения; данные о половой принадлежности; данные о росте, массе и температуре тела; номер карты пациента; информация о состоянии здоровья (результаты диагностики, мониторинга состояния организма человека, проведения медицинских исследований), полученная с использованием медицинского оборудования,

с целью:

- проведения гарантийного обслуживания медицинского оборудования Клиники Исполнителя.

Доступ к моим персональным данным с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации осуществляется сервисными организациями, с которым Исполнитель осуществляет взаимодействие на основании соответствующих договоров и соглашений о конфиденциальности.

Настоящее согласие действует со дня его подписания на период выполнения обязательств, связанных с оказанием Исполнителем мне или лицу, которое я представляю, медицинских услуг, и в течение 10 лет<sup>3</sup> с момента выполнения указанных обязательств Исполнителем, если оно не было отозвано в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

С порядком и возможными последствиями отзыва<sup>4</sup> согласия на обработку персональных данных ознакомлен (а).

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

(подпись)

<sup>3</sup> Данная норма распространяется, в том числе, на обработку персональных данных в информационных системах персональных данных.

<sup>4</sup> Часть 2 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»: «Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных. В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона № 152-ФЗ». Подлинник указанного отзыва, подписанный субъектом персональных данных, должен быть представлен по адресу оператора.

**Согласие пациента (его представителя) Исполнителю на обработку его персональных данных с целью взаимодействия с Контакт-центром**

Я, ФИО: \_\_\_\_\_, адрес: \_\_\_\_\_, основной документ, удостоверяющий личность: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_, орган, выдавший документ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ действующая своей волей и в своем интересе, даю согласие Исполнителю (адрес местонахождения: \_\_\_\_\_):

- моих персональных данных,  
 представленных мною персональных данных на моего (мою) \_\_\_\_\_ кем приходится \_\_\_\_\_

ФИО: \_\_\_\_\_, адрес: \_\_\_\_\_, основной документ, удостоверяющий личность: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_, орган, выдавший документ \_\_\_\_\_, представителем которого я являюсь на основании доверенности (или иного документа, подтверждающего полномочия) \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_, на обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, доступ, хранение, обновление, изменение, извлечение, использование, блокирование, удаление, обезличивание, уничтожение) с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации моих нижеперечисленных персональных данных:

- фамилия, имя, отчество; дата рождения; адрес места жительства; адрес места пребывания; номер контактного телефона, факса; контактный адрес электронной почты; номер карты пациента; реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (при наличии); реквизиты договора на оказание медицинских услуг; сведения о периоде медицинского обслуживания в Клинике Исполнителя; сведения о правовом основании на получение медицинской помощи от Исполнителя; время и дата обращения за оказанием медицинских услуг,

с целью:

- взаимодействия со мной при обращении в Контакт-центр Исполнителя.

Поручение обработки моих персональных данных осуществляется:

\_\_\_\_\_.  
 Настоящее согласие действует со дня его подписания на период выполнения обязательств, связанных с оказанием Исполнителем мне или лицу, которое я представляю, медицинских услуг, и в течение 10 лет<sup>5</sup> с момента выполнения указанных обязательств Исполнителем, если оно не было отозвано в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

С порядком и возможными последствиями отзыва<sup>6</sup> согласия на обработку персональных данных ознакомлен (а).

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
 (подпись)

<sup>5</sup> Данная норма распространяется, в том числе, на обработку персональных данных в информационных системах персональных данных.

<sup>6</sup> Часть 2 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»: «Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных. В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона № 152-ФЗ». Подлинник указанного отзыва, подписанный субъектом персональных данных, должен быть представлен по адресу оператора.

## Согласие пациента (его представителя)

## Исполнителю на обработку персональных данных с целью их размещения в общедоступных источниках

Я, ФИО: \_\_\_\_\_, адрес: \_\_\_\_\_, основной документ, удостоверяющий личность: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_, орган, выдавший документ \_\_\_\_\_

действуя своей волей и в своем интересе, даю согласие Исполнителю (адрес местонахождения: \_\_\_\_\_):

- моих персональных данных,  
 представленных мною персональных данных на моего (мою) \_\_\_\_\_ кем приходится

ФИО: \_\_\_\_\_, адрес: \_\_\_\_\_, основной документ, удостоверяющий личность: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_, орган, выдавший документ \_\_\_\_\_, представителем которого я являюсь на основании доверенности (или иного документа, подтверждающего полномочия) \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_, на обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, извлечение, использование, распространение, блокирование, удаление, уничтожение) с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации моих нижеперечисленных персональных данных:

- фамилия, имя, отчество; дата рождения; информация о состоянии здоровья; сведения о периоде медицинского обслуживания в Клинике Исполнителя; сведения о правовом основании на получение медицинской помощи от Исполнителя; фотографическое изображение лица; запись видеоизображения субъекта и его речи с целью их размещения в общедоступных источниках:

- [www.instagram.com//](http://www.instagram.com//)  [www.facebook.com//](http://www.facebook.com//)  
 [www.youtube.com/user/](http://www.youtube.com/user/)

для организации и проведения Исполнителем мероприятий, направленных на повышение узнаваемости и лояльности в отношении Исполнителя, а также продвижение услуг Исполнителя.

Настоящее согласие действует со дня его подписания на период выполнения обязательств, связанных с оказанием Исполнителем мне или лицу, которое я представляю, медицинских услуг, и в течение 10 лет<sup>7</sup> с момента выполнения указанных обязательств Исполнителем, если оно не было отозвано в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

С порядком и возможными последствиями отзыва<sup>8</sup> согласия на обработку персональных данных ознакомлен (а).

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

<sup>7</sup> Данная норма распространяется, в том числе, на обработку персональных данных в информационных системах персональных данных.

<sup>8</sup> Часть 2 статьи 8 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»: «Сведения о субъекте персональных данных должны быть исключены из общедоступных источников персональных данных по требованию субъекта персональных данных либо по решению суда или иных уполномоченных органов».

## СОГЛАШЕНИЕ

## о предоставлении сервисных услуг

Я,

№ карты

\_\_\_\_\_, согласен получать следующие сервисные услуги клиники:

№ п/п	Предлагаемые сервисные услуги	Отметка о согласии получить услугу																				
1.	Получение по электронной почте результатов лабораторных исследований и уведомлений о записи на прием	<table border="1" data-bbox="868 394 1490 450"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p data-bbox="922 450 1433 499"><i>(Укажите адрес электронной почты. Просьба писать печатными буквами)</i></p>																				
2.	Просмотр электронной истории болезни и запись на прием через личный кабинет на сайте _____. ВНИМАНИЕ! ПИН-код не является паролем для входа в «Личный кабинет»	<table border="1" data-bbox="1031 517 1321 551"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p data-bbox="887 551 1469 607"><i>(Для доступа к электронной истории болезни укажите ПИН-код (4 цифры))</i></p>																				
3.	Просмотр электронной истории болезни и запись на прием через мобильное приложение клиники	ДА/НЕТ (нужное подчеркнуть)																				
4.	Зарегистрировать личный кабинет на сайте Клиники с помощью администратора-кассира?	ДА/НЕТ (нужное подчеркнуть)																				
5.	Установить мобильное приложение Клиники на телефон для просмотра истории болезни, записи на прием через Интернет с помощью администратора-кассира?	ДА/НЕТ (нужное подчеркнуть)																				
6.	SMS-напоминание о записи на прием к специалисту, исследование	<i>(Укажите номер мобильного телефона)</i> 8 (___) _____																				
7.	Получение результатов исследований любым лицом, которому передано кодовое слово, по телефону или на бумажном носителе и на CD-диске (предоставьте кодовое слово для безопасности Ваших персональных данных)	<table border="1" data-bbox="1002 960 1350 994"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p data-bbox="879 994 1474 1061">Предупрежден(а) о рисках, что 3-е лицо получает доступ к персональной информации <i>(Просьба писать печатными буквами)</i></p>																				
8.	Уведомления по электронной почте об окончании срока действия договора, акциях, сезонных предложениях и др.	ДА/НЕТ (нужное подчеркнуть)																				
9.	SMS-уведомление с напоминанием об окончании срока действия договора	ДА/НЕТ (нужное подчеркнуть)																				
10.	Ознакомлен (а) с возможностью получения дополнительных сервисных услуг клиники: 1. Преавторизация (бронирование денежных средств на платежной карте для получения медицинских услуг в течение дня и окончательного расчета в конце обследований без промежуточных расчетов после каждой услуги); 2. Оформление банковского кредита на получение медицинских услуг в здании клиники ); 3. Скидка на медицинские услуги (распечатайте купон на скидку 5% с сайта клиники или приобретите дисконтный пропуск в отделе по оформлению договоров, кабинет № ____); 4. Возможность приобрести подарочный сертификат для знакомых, родственников для получения услуг клиники; 5. Сопровождение до кабинетов специалистов с 1-го этажа клиники, если впервые обратился в клинику. Дальнейшее сопровождение осуществляют медицинские сестры; 6. Консьерж-сервис (заказ билетов, такси, букетов, подарков и т.д.)	ДА/НЕТ (нужное подчеркнуть)																				
11.	Пропуск для посещения клиники в течение 1 года получен	ДА																				
12.	Фотография в историю болезни сделана для идентификации и защиты персональных данных	ДА/НЕТ (нужное подчеркнуть)																				



Клиника не несет ответственности за неправильно указанный номер мобильного телефона или адрес электронной почты, за возможное использование третьими лицами доступа к Вашим личным данным, возможное использование Вашего ПИН-кода, а также возможное использование Вашей электронной карты-пропуска или ее копии третьими лицами. Соглашение начинает действовать с момента подписания.

\*В работе информационных сервисов (сайт, личный кабинет, мобильное приложение, sms-рассылка, телефония, оповещения по электронной почте) могут происходить изменения без дополнительного уведомления пациентов. Клиника не дает гарантий работоспособности данных информационных сервисов.

Передача результатов исследований третьим лицам (в том числе родственникам или членам его семьи) может быть произведена в исключительных случаях:

- при наличии нотариально заверенной доверенности от клиента (кроме ситуаций, в которых передача персональных данных без его согласия допускается действующим законодательством РФ);
- по запросу уполномоченных государственных органов с целью выполнения требований федерального законодательства.

Выдача гистологических и цитологических препаратов производится пациенту по заявлению, заверенному его собственноручной подписью и по предъявлении документа, удостоверяющего личность (с фотографией).

О необходимости заключения договора на получение и оплату медицинских услуг предупрежден.

С возможностью заключения договора на годовое обслуживание в клинике информирован.

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Личность лица, указанного выше, проверена, подпись поставлена в моем присутствии.

Ф.И.О. сотрудника Клиники \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

(подпись)

(расшифровка подписи)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Приложение № 7 к Договору****Перечень поводов для вызова скорой медицинской помощи  
в неотложной форме****А) Внезапные острые заболевания (состояния) без явных признаков угрозы жизни, требующие срочного медицинского вмешательства:**

1. Аллергия, сыпь, отек, температура (без нарушения функции дыхания).
2. Инородное тело ноги (кроме детей до 3-х лет).
3. Инородное тело руки (кроме детей до 3-х лет).
4. Инородное тело уха без нарушения функции (кроме детей до 3-х лет).
5. Кровотечение после удаления зуба.
6. Онкобольной, боли.
7. Отек гениталий.
8. Отек лица.
9. Ожог глаз сваркой.
10. Перегревание.
11. Тепловой удар.
12. Укус домашним животным.
13. Укус пчелой или другим насекомым (без нарушения функции дыхания).
14. Болит ухо (дети до 3-х лет).
15. Ожог солнечный.

**Б) Внезапные обострения хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующие срочного медицинского вмешательства:**

16. АД выше обычного, болит голова и сердце.
17. Асцит (увеличение живота в объеме, боли, одышка).
18. Болит живот, жидкий стул (кроме детей до 3-х лет).
19. Болит живот, пожелтел.
20. Выпадение матки.
21. Болит сердце, болит голова, высокое АД (в анамнезе хроническое заболевание).
22. Болит сердце, болит голова, одышка (в анамнезе хроническое заболевание).
23. Выпадение прямой кишки.
24. Головокружение.
25. Одышка у хронического больного.
26. Головная боль, рвота.
27. Жидкий стул (без крови и черного стула).
28. Жидкий стул, рвота (кроме детей до 3-х лет).
29. Кровохарканье (с ранее установленным заболеванием, не впервые возникшее).
30. Кровь в моче.
31. Обострение у больного известного хронического заболевания (без потери сознания, без признаков кровотечения, резкого внезапного ухудшения состояния).
32. Перевозки больных по направлениям медработников из амбулаторно-поликлинических учреждений и из дома, не требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам во время транспортировки, за исключением ОКС, ОНМК, острой хирургической патологии.
33. Перекосило лицо.
34. Психические расстройства (деменции, не социально опасные, без угрозы суицида).
35. Плохо, сводит лицо.
36. Почечная колика (при сохранении мочеиспускания).
37. Пневмония.
38. Реакция на прививку (кожный зуд, кроме детей до 3-х лет).
39. Рвота (кроме детей до 3-х лет).

40. Слабость в руке, онемела (в анамнезе хроническое заболевание, состояние, не связанное с подъемом АД).
41. Слабость в ноге, онемела (в анамнезе хроническое заболевание, состояние, не связанное с подъемом АД).
42. Сыпь (без рвоты, судорог, температуры).
43. Сахарный диабет, плохо (гликемия до 15 ммоль на литр).
44. Температура, болит поясница.
45. Температура, жидкий стул.
46. Температура, сыпь (кроме детей до 3-х лет).
47. Температура, одышка (кроме детей до 3-х лет).
48. Температура, рвота (кроме детей до 3-х лет).
49. Температура, рвота, жидкий стул (кроме детей до 3-х лет).

**В) Констатация смерти (за исключением часов работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях).**

**Время доезда бригады скорой медицинской помощи может составлять до 3 часов.**