

УВЕДОМЛЕНИЕ

Во исполнение Постановления Правительства РФ от 30.05.2026 N 659 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» ООО "АКАДЕМИ КЛИНИК" до заключения договора об оказании платных медицинских услуг настоящим уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

Пациент _____ ✓

Исполнитель _____

ДОГОВОР № 1 на оказание платных медицинских услуг

_____ **Самара**

(город)

(текущая дата)

№ Л041-01184-63/00336184 от 14.11.2019 выданной,

ООО "АКАДЕМИ КЛИНИК" в дальнейшем «Исполнитель», в лице Директор Зуйкова Т. Н., действующего на основании Устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01184-63/00336184 от 14.11.2019г. выданной Министерством здравоохранения Самарской области, г. Самара, ул. Ленинская 73 (тел. (846) 332-93-09), с одной стороны, и, _____

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

_____ г. рождения, проживающий(ая) по адресу: город _____,

улица _____, дом _____, корпус _____, кв _____,

паспорт: серия _____, номер _____, выдан: _____,

дата выдачи _____, именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик»

в своих интересах / в интересах (нужное подчеркнуть)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента)

"__" _____ г. рождения, проживающего(ей) по адресу: _____, паспорт: _____ № _____,

выдан: _____, являющегося Пациентом с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с настоящим Договором и на предусмотренных им условиях, Клиника обязуется оказывать Пациенту платные медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности : при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической согласно прейскуранту цен на медицинские услуги (далее – Прейскурант), в объеме указываемом в дополнительных соглашениях к настоящему Договору, и в согласованном Сторонами (подписью Заказчика), Плане лечения, являющемся неотъемлемой частью медицинской карты Пациента, а Заказчик обязуется оплатить эти услуги.

1.2. Заказчик настоящим подтверждает, что он ознакомлен с Правилами внутреннего распорядка для пациентов в ООО "АКАДЕМИ КЛИНИК" и обязуется их соблюдать, а также ознакомлен с перечнем предоставляемых Клиникой Услуг, стоимостью и условиями их предоставления, уведомлен о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и о возможности получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования.

1.3. Информация о режиме работы Клиники, перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Клиники, в соответствии с лицензией, перечень Услуг с указанием цен в рублях, сроки ожидания предоставления Услуг, сведения о врачах, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, графиках их работы, образцы договоров размещаются на сайте Клиники в сети «Интернет» по адресу: <https://academicleinic.ru> (далее – «Сайт»), а также на информационном стенде в помещении Клиники..

1.4. Сроки ожидания Услуг определяются, исходя из свободного времени в графике приема врача. Пациент вправе записаться на ближайший свободный день и время работы врача. Дату и время повторного приема Стороны вправе определить на текущем приеме, что указывается в медицинской карте в виде записи о назначении следующего визита Пациента в Клинику. Сроки выполнения лабораторных исследований указываются в Приложениях. Услуги оказываются до момента выполнения Клиникой обязательств по Договору и Приложениям к нему в полном объеме.

1.5. При предоставлении Услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации и учитываться стандарты медицинской помощи, с которыми Пациент может ознакомиться на «Официальном интернет-портале правовой информации» (www.pravo.gov.ru) и официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации (<https://cr.minzdrav.gov.ru/>).

1.6. Настоящим Заказчик подтверждает, что он уведомлен об осуществлении Клиникой видео- и(или) аудиозаписи в помещениях Клиники, ведущейся с целью повышения качества оказания Услуг.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Клиника вправе:

2.1.1. самостоятельно определять объем медицинских вмешательств: обследований и манипуляций, направленных на профилактику, исследование, диагностику, лечение и реабилитацию, необходимых для оказания Услуг, как до начала оказания Услуг, так и в рамках согласованного Сторонами Плана лечения.

2.1.2. назначить другого врача с согласия Заказчика в случае непредвиденного при осуществлении записи на прием отсутствия лечащего врача в день оказания Услуг. В случае отказа Заказчика, может быть осуществлена запись на другое время/дату.

2.1.3. выдавать Заказчику обязательные для выполнения рекомендации по дальнейшему лечению и профилактическим мерам.

2.1.4. выдавать обязательные для выполнения рекомендации лечащего врача о прохождении дополнительного обследования или о получении консультации (медицинской услуги) у другого специалиста или в другой медицинской организации, если без этого дальнейшее оказание Услуги (или начало оказания Услуги) невозможно, затруднительно, либо не достигнет цели (направленности) оказания Услуги.

2.1.5. Исполнитель в соответствии со ст. 36 Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей» вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора с пациентов, если Исполнитель уведомил пациента об обстоятельствах, зависящих от него и способных снизить качество медицинской услуги, но пациент эти обстоятельства не устранил, а именно:

- при неисполнении (ненадлежащем исполнении) Заказчиком (Пациентом) своих обязательств, предусмотренных п. 2.4.1-2.4.7 настоящего Договора,

- в случае настаивания Заказчика на лечении с неприемлемым отступлением от медицинских показаний,

- в случае невыполнения Заказчиком рекомендации лечащего врача о прохождении дополнительного обследования или о получении консультации (медицинской услуги) у другого специалиста, или в другой медицинской организации, если без этого дальнейшее оказание Услуги (или начало оказания Услуги) невозможно, затруднительно, либо не достигнет цели (направленности) оказания Услуги,

- в случае явки Заказчика (Пациента) на прием в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, с признаками инфекционного или вирусного заболевания,

- в случае неоднократного (более двух раз) проявления неуважительного отношения Заказчика (Пациента) к другим пациентам и/или медицинскому персоналу Клиники (удостоверяется докладной запиской медработника Клиники и Актом, составленным в присутствии трех человек), совершения противоправных действий на территории Клиники (удостоверяется фактом вызова сотрудников правоохранительных органов),

- в случае выявления у Пациента аллергической реакции, противопоказания или заболевания, исключающих безопасное оказание Услуг, при этом Клиника возвращает Заказчику стоимость оплаченных Услуг за вычетом стоимости уже оказанных Услуг, а Заказчик возмещает Клинике стоимость уже оказанных Услуг в случае отсутствия предварительной оплаты в необходимом объеме.

2.2. Клиника обязана:

2.2.1. оказывать Услуги в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

2.2.2. предоставлять Заказчику информацию об оказываемой услуге в понятной и доступной форме (достигается путем подписания Заказчиком Информированного добровольного согласия, а также размещением информации о Клинике, об оказываемых услугах, о правилах поведения в Клинике, о порядке предоставления медицинской документации и т. д. в порядке, установленном законом).

2.2.3. сохранить конфиденциальность информации о врачебной тайне Пациента.

2.2.4. выдать пациенту (законному представителю) после исполнения Договора по его требованию и без взимания дополнительной платы медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинской документации), отражающие состояние здоровья Потребителя, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

2.3. Заказчик вправе:

2.3.1. требовать от Клиники надлежащего качества предоставляемой медицинской Услуги.

2.3.2. выбирать лечащего врача с учетом его нагрузки и согласия.

2.3.3. требовать проведения консилиума и консультаций других специалистов.

2.3.4. отказаться от Услуг по настоящему Договору в одностороннем порядке и получить обратно уплаченную сумму за вычетом стоимости уже оказанных Услуг (или с возмещением Клинике стоимости уже оказанных Услуг в случае отсутствия предварительной оплаты в необходимом объеме).

2.3.5. при необходимости получения выписки из амбулаторной карты или копии медицинской документации пациент, предоставить заявление на имя главного врача с его обязательной регистрацией в соответствующем журнале.

2.4. Заказчик (Пациент) обязан:

2.4.1. до начала оказания Услуг по настоящему Договору информировать врача о перенесенных заболеваниях.

2.4.2. соблюдать правила поведения, принятые Клиникой для пациентов и посетителей, не пропускать время приема и не опаздывать на прием без уважительной причины и без предварительного предупреждения персонала Клиники за 24 часа до планируемого времени приема. В случае неявки без предупреждения, а фактически отказа исполнить договор в части конкретного приема, Заказчик обязан оплатить медицинской организации фактически понесенные клиникой расходы в частности на заработную плату медицинского персонала, коммунальные услуги и иные расходы, обусловленные неявкой пациента и обоснованные исходя из средних затрат на обеспечения работы кабинета врача.

2.4.3. до начала оказания Услуг и в ходе оказания Услуг незамедлительно сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия, об изменении состояния здоровья и физиологических особенностей организма, о начале или окончании приема лекарственных средств.

2.4.4. заботиться о сохранении здоровья. При прохождении всего курса оказания Услуг отказаться от употребления наркотиков и лекарств, если это не показано или не допускается конкретным видом оказываемой Услуги, психотропных препаратов, алкоголя, согласовывать с лечащим или дежурным врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.д.

2.4.5. по рекомендации лечащего врача пройти дополнительное обследование или получить консультацию (или медицинскую услугу) у другого специалиста, или в другой медицинской организации, если без этого дальнейшее оказание Услуги (или начало оказания Услуги) невозможно, затруднительно, либо не достигнет цели (направленности) оказания Услуги.

2.4.6. оплачивать оказанные Услуги в срок и в порядке, предусмотренном настоящим Договором.

2.4.7. выполнять все рекомендации и назначения медицинского персонала Клиники по дальнейшему лечению в том числе и после оказания Услуг. Настоящим Заказчик (Пациент) предупрежден о том, что несоблюдение указанных рекомендаций и назначений может снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

2.4.8. Настоящим Заказчик (Пациент) предупрежден о том, что невыполнение (ненадлежащее выполнение) обязанностей, перечисленных в пунктах 2.4.1, 2.4.2, 2.4.3, 2.4.4, 2.4.5, 2.4.7 настоящего Договора может негативно отразиться на ходе и результатах оказания Услуг, и может повлечь со стороны Клиники отказ в оказании (или в продолжении оказания) Услуги, а также исключает ответственность Клиники за несоблюдение сроков оказания Услуг, если это прямо либо косвенно повлияло на сроки оказания Услуг,

2.5. Выполнение обязанностей несовершеннолетним или недееспособным Пациентом обеспечивается Заказчиком.

2.6. Помимо прав и обязанностей, указанных в настоящем пункте, Заказчик и Клиника имеют иные права и несут иные обязанности, предусмотренные настоящим Договором и действующим законодательством РФ.

3. Стоимость Услуг и порядок оплаты

3.1. Общая стоимость Услуг, оказываемых в рамках настоящего Договора, определяется нарастающим итогом по мере заключения дополнительных соглашений к нему за весь период действия Договора и в окончательном размере устанавливается по окончании действия Договора путем прекращения, расторжения. Составление сметы по требованию Заказчика или Исполнителя является обязательным и служит неотъемлемой частью Договора.

3.2. Общая стоимость Услуг, оказываемых в рамках настоящего Договора, по соответствующему дополнительному соглашению к нему, является предварительной, определенной на основании Прейскуранта цен на услуги Клиники, действующего на дату подписания дополнительного соглашения, и указывается в дополнительном соглашении.

3.3. Стоимость Услуг, определенных в дополнительном соглашении к настоящему Договору, может измениться в случае, если в начале, в ходе или по результатам оказания Услуги выявляется объективная необходимость оказания дополнительных Услуг, или в случае изменения плана лечения, или продолжения лечения по иному плану. В таком случае изменение плана лечения согласовывается с Заказчиком и Стороны подписывают соответствующее дополнительное соглашение к настоящему Договору об уточнении видов и объема оказываемых Услуг и/или их стоимости. В случае несогласия Заказчика с увеличением стоимости Услуг, он вправе отказаться от Услуг с учетом требований пункта 2.3.5 настоящего Договора.

3.4. Оплата осуществляется путем внесения наличных денежных средств в кассу Клиники или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Клиники, указанный в п. 10 Договора в следующем порядке:

3.4.1. предоплата в размере 50% предварительной общей стоимости Услуг при проведении любых услуг стоимостью более 25000 (Двадцати пяти тысяч) рублей и предполагающий заказ/изготовление индивидуальных медицинских изделий или их частей, протезов, элайнеров, ортодонтических конструкций, а также при имплантации одного и более имплантатов. Оставшаяся часть стоимости оплачивается Заказчиком в день операции или в день фиксации постоянной ортопедической конструкции;

3.4.2. все прочие услуги оплачиваются в день их оказания. С согласия пациента может быть внесена 100 % предоплата за медицинские услуги, оговоренные в Плате лечения, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

3.4.3. Заказчик может получать и оплачивать услуги в рамках действующих программ добровольного медицинского страхования (ДМС) страховых организаций, имеющих заключенные и действующие договоры с Клиникой, в порядке и на условиях, предусмотренных указанными договорами, путем добровольного заключения договора медицинского страхования с одной из таких страховых организаций.

4. Сроки оказания Услуг

4.1. Сроки оказания Услуг определяются датой и временем обращения Заказчика/Пациента к Исполнителю в соответствии со ст 190 Гражданского кодекса Российской Федерации. В случае длительного лечения, предполагающего этапность и составление медицинского плана, ориентировочные сроки фиксируются в соответствующем дополнительном соглашении к настоящему Договору.

4.2. Клиника не несет ответственности за просрочку оказания Услуг по Договору в случае невыполнения Заказчиком (Пациентом) обязательств, предусмотренных п. 2.4.1-2.4.2 настоящего Договора, если это прямо, либо косвенно повлияло на сроки оказания Услуг, а также в случае неявки Пациента в назначенное время.

4.3. Сроки оказания Услуг могут быть изменены по соглашению Сторон, в том числе в зависимости от состояния здоровья Пациента, индивидуальных особенностей течения лечения и необходимости корректировки Плате лечения, что оформляется подписанием Дополнительного соглашения к настоящему Договору.

5. Ответственность Сторон и порядок рассмотрения споров

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение и/или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Заказчик вправе предъявлять требования в соответствии с законодательством Российской Федерации. Пациент (законный представитель пациента) (далее – Заявитель) имеет право обратиться с жалобой на действия (бездействие) работников к должностным лицам медицинской организации, вышестоящих контролирующих организаций или в суд. В медицинской организации Заявитель имеет право обратиться с жалобой в устной или в письменной форме. Устное обращение может быть реализовано на личном приеме граждан администрацией, либо по телефону; письменное – путем отправки обращения почтовым или электронным отправлением по адресу, указанному в пункте 10 настоящего договора.

5.3. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров. В случае недостижения соглашения Стороны передают спор на рассмотрение в суд в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

5.4. В случае если невозможность исполнения обязательств возникла по обстоятельствам непреодолимой силы, Заказчик возмещает Клинике фактически понесенные ею расходы, а Клиника возвращает Заказчику остаток неиспользованных средств, внесенных в качестве предоплаты. Обстоятельства непреодолимой силы (форс-мажор) - чрезвычайные, непредвиденные и непредотвратимые обстоятельства,

возникшие в течение реализации договорных (контрактных) обязательств, которые нельзя было разумно ожидать при заключении договора (контракта), либо избежать или преодолеть, а также находящиеся вне контроля сторон такого договора (контракта). В частности, к таким обстоятельствам относятся: стихийные бедствия (землетрясение, наводнение, ураган), пожар, массовые заболевания (эпидемии), забастовки, военные действия, террористические акты, диверсии, ограничения перевозок, запретительные меры государств, запрет торговых операций, в том числе с отдельными странами, вследствие принятия международных санкций и другие, не зависящие от воли сторон договора (контракта) обстоятельства.

5.5. Исполнитель информирует Потребителя о том, что обращения (жалобы) на действия/бездействие медицинских работников могут быть направлены в Министерство здравоохранения РФ, Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор), Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), а также в Территориальный фонд ОМС. Контактные данные указанных органов размещены на информационном стенде Исполнителя и на его сайте.

6. Срок действия договора

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами (указанного как дата Договора) и действует в течение одного года.

6.2. В случае, если за один месяц до окончания действия настоящего Договора ни одна из Сторон не направит другой стороне письменного уведомления о прекращении его действия, настоящий Договор автоматически продлит свое действие на новый срок на тех же условиях.

7. Изменения и расторжение Договора

7.1. Односторонний отказ от исполнения настоящего Договора или одностороннее его изменение допускаются в случаях, предусмотренных законом либо настоящим Договором.

7.2. Настоящий Договор может быть изменен, дополнен или расторгнут по соглашению Сторон, выраженному в письменной форме и подписанному уполномоченными представителями обеих Сторон.

7.3. Расторжение или изменение Договора не является основанием для прекращения выполнения неисполненных обязательств любой из Сторон, возникших до подписания такого соглашения об изменении либо расторжении Договора, если иное не предусмотрено соглашением.

8. Заключительные положения

8.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, один из которых находится у Клиники, а второй - у Заказчика.

8.2. При подписании настоящего договора, а также приложений, изменений и дополнений к нему, допускается применение факсимильной подписи полномочного представителя Клиники.

9. Адреса и платежные реквизиты Сторон

Клиника:

ООО «АКАДЕМИ КЛИНИК»
443001, РФ, Самарская обл., г. Самара,
Ул. Ленинская, дом 285
ИНН 6317138626 КПП 631701001
ОГРН 1196313053815
р/с 40702810254400064442
ПОВОЛЖСКИЙ БАНК ПАО СБЕРБАНК
к/с 3010181200000000607
БИК 043601607

Заказчик:

Фамилия, имя, отчество (при наличии)

Адрес:

Город _____
Улица _____
Дом _____
Квартира, корпус _____

Документ:

Паспорт _____
Серия _____
Номер _____
Кем выдан и когда выдан _____

_____/ Зуйкова Т.Н.

✓ _____/_____
(подпись) (расшифровка)

_____ Г.
Текущая дата

Фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина

[illegible]

[illegible]

Обращаем Ваше внимание, что стоимость этапов лечения указана на основании действующего прейскуранта на момент составления плана лечения и остается неизменной на весь период лечения при условии 100 % оплаты общей стоимости лечения в день подписания настоящего плана.

«_____» _____ 202_____ г.

План лечения составлен:

Врач _____

Утверждено
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. N 1051н

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

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

_____ г. рождения,
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: город _____, улица _____, дом _____, кв. _____

(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. N 390н [<1>](#) (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 ООО «АКАДЕМИ КЛИНИК»

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. N 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. N 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)

✓

✓

(подпись)

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

(подпись)

фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника

Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
_____ года рождения,
(дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу: город _____, улица _____, дом _____, Кв. _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
Паспорт серия _____ номер _____, выдан _____ дата выдачи _____
(паспортные данные гражданина либо законного представителя)
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)

1. В соответствии Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе (в интересах представляемого) настоящим подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных Пациента) следующему оператору: 443001, САМАРСКАЯ ОБЛАСТЬ, Г. САМАРА, УЛ. ЛЕНИНСКАЯ, Д. 285, ОФИС 4 ИНН 6317138626, ОГРН 1196313053815 далее по тексту – Оператор. Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров по привлечению клиентов, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований. Я ознакомлен с тем, что обработка моих персональных данных (в том числе в информационных системах Оператора), относящихся к состоянию моего здоровья, необходима для защиты моей жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов (жизни, здоровья, жизненно важных интересов пациента), либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, а также в целях оказания дополнительных медицинских и иных услуг в ООО "АКАДЕМИ КЛИНИК".

2. Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество; год рождения; месяц рождения; дата рождения; место рождения; пол; адрес электронной почты; адрес места жительства; адрес регистрации; номер телефона; ИНН; данные документа, удостоверяющего личность; реквизиты банковской карты; сведения, собираемые посредством метрических программ.

Специальные категории персональных данных - сведения о состоянии здоровья — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, медицинского обследования и лечения, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований. В целях улучшения качества обслуживания, проведения статистических исследований и маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах ООО "АКАДЕМИ КЛИНИК" в виде sms-сообщений, сообщений в мессенджерах, по e-mail (электронной почте) и телефону на указанный мною номер телефона и адрес электронной почты.

3. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие Пациента, общее описание используемых Операторами способов обработки:

1) получение, ввод, сбор, систематизация, накопление персональных данных Операторами, а также у третьих лиц;

2) хранение, удаление персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе);

3) уточнение (обновление, изменение) персональных данных;

4) использование персональных данных Пациента в связи с оказываемыми услугами;

5) передача персональных данных субъекта (Пациента) в порядке, предусмотренном законодательством РФ, по внутренней сети ООО "АКАДЕМИ КЛИНИК", а также по защищенным каналам связи (на машинных носителях) иным лицам, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Операторов, если обработка будет поручена таким лицам.

6) блокирование;

7) уничтожение. Операторы также вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

4. Я даю согласие на обработку моих персональных данных в течение всего срока действия Договора, заключенного с Операторами, а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством РФ

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

5. Я уведомлен о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных (в том числе своего согласия о получении информации об услугах по e-mail, sms, телефону) путем подачи письменного заявления Операторам, а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении к Операторам на основании письменного запроса.

6. Передача моих персональных данных в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения может осуществляться только с моего отдельного письменного согласия.

7. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Клиники. Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» ООО "АКАДЕМИ КЛИНИК" имеет право продолжить обработку данных о моем здоровье в медико-профилактических целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

8. Я даю свое согласие, на информирование клиникой о дате и времени приемов, новостях и предложениях, с помощью телефонных звонков, смс сообщений и электронной почты сотрудниками клиники, в том числе с помощью автоматизированных средств оповещения, на передачу копий медицинской документации по следующим каналам связи:

9. Мобильный телефон и мессенджер: _____

10. Электронная почта: ✓ _____

11. Осознаю, что указанные каналы связи являются открытыми (незащищенными) и ООО "АКАДЕМИ КЛИНИК" не несёт ответственность за сохранность персональных данных и врачебной тайны.

12. Подпись субъекта персональных данных

_____/✓_____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина

Дата « ____ » _____ 20__ г.

