

ДОГОВОР № \_\_\_\_\_ на оказание платных медицинских услуг

г.Владивосток

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022г.

**Общество с ограниченной ответственностью «Приморский центр медосмотров»** (ООО «ПЦМ»), 690080, г.Владивосток, ул. Космонавтов, 17, ИНН 2537082820, ОГРН 1102537002996 ИФНС по Первомайскому району г.Владивостока, лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-25-01-004857 от 18.12.2019г., именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице директора Семко Натальи Евгеньевны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и **господин(госпожа)**

\_\_\_\_\_,  
дата рождения \_\_\_\_\_, паспорт серия \_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

зарегистрированный/проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

тел. \_\_\_\_\_ эл.адрес \_\_\_\_\_

номер медицинского страхового полиса обязательного и (или) добровольного медицинского страхования \_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем

**Потребитель/Заказчик**, действующий от имени и в интересах самого себя, его/ее **Законный представитель** действующий от своего имени в интересах Потребителя/Заказчика, зарегистрированный/проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_, с другой

стороны, при совместном упоминании именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказывать Потребителю (Заказчику) на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, по наименованию, стоимости и в сроки, указанные в настоящем Договоре, а Потребитель (Заказчик) обязуется своевременно оплачивать предоставляемые медицинские услуги по цене, на условиях и в сроки, установленные настоящим Договором, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

1.2. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Потребителю (Заказчику), оговаривается действующим прейскурантом Исполнителя. Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на сайте [www.primcm.ru](http://www.primcm.ru) и на информационных стендах Исполнителя.

1.3. При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются действующим Российским законодательством, регулирующим предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями.

1.4. Потребителю (Заказчику) предоставляются следующие медицинские услуги:

№	Наименование услуги (согласно прейскуранта)	Количество	Сроки оказания	Стоимость за 1 единицу (руб.)	Общая стоимость (руб.)	Дата оказания услуги в полном объеме
1.	Предварительный медосмотр (осмотр	1				

терапевта, невролога, отоларинголога, офтальмолога, дерматовенеролога, хирурга, гинеколога, стоматолога, функциональные исследования, лабораторные исследования)					
---	--	--	--	--	--

## 2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

- 2.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещении ООО «ПЦМ» по адресу: 690080, г.Владивосток, ул.Космонавтов, д.17. Объем исследования Потребителя(Заказчика) в каждом случае назначается индивидуально, руководствуясь Приказом № 29н от 28.01.2021г. После оказания услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику) (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Указанная информация предоставляется бесплатно.
- 2.2. Исполнитель осуществляет свою деятельность в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № ЛО-25-01-004857 от 18.12.2019г., срок действия – бессрочный, по адресу: 690080, г.Владивосток, ул. Космонавтов, д. 17, при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, лабораторной диагностике, сестринскому делу, функциональной диагностике; 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), дерматовенерологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, медицинской статистике, неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, сурдологии-оториноларингологии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинским осмотрам (предсменным, послесменным), медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; при проведении медицинских

экспертиз по: экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности. Орган, выдавший лицензию: Департамент здравоохранения Приморского края (адрес – г.Владивосток, ул.1-я Морская, д.2, тел.8(423)2413514).

- 2.3. Перечень услуг Исполнителя, подлежащих оказанию по настоящему Договору, устанавливается также в акте оказанных услуг на основании действующего на момент оформления Сторонами акта прейскуранта Исполнителя, с которым Потребитель (Заказчик) может ознакомиться на сайте [www.primcm.ru](http://www.primcm.ru) и на информационных стендах Исполнителя. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Исполнителя и доводятся до сведения Потребителя (Заказчика), путем размещения на сайте [www.primcm.ru](http://www.primcm.ru) и на информационных стендах Исполнителя.
- 2.4. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Потребителя (Заказчика) на прием. Предварительная запись Потребителя (Заказчика) на прием осуществляется через администратора Исполнителя посредством телефонной и иной связи. Телефоны администратора: 8 (423) 200 16 03 с 9:00 до 16:00 ежедневно, кроме выходных дней.
- 2.5. При заключении договора Потребителю (Заказчику) предоставляется в доступной форме на сайте [www.primcm.ru](http://www.primcm.ru) и на информационных стендах Исполнителя информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках федеральной и территориальной программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
- 2.6. Потребитель (Заказчик) подтверждает, что понимает возможность 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. Выбор платных медицинских услуг является осознанным и добровольным.

### 3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 3.1. С согласия Потребителя (Заказчика) оплата медицинских услуг по настоящему Договору может осуществляться в порядке 100% предоплаты стоимости услуг по прейскуранту при заключении договора либо в полном объеме после предоставления медицинских услуг в день оказания услуги, если иное не предусмотрено настоящим Договором или соглашением сторон. Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на сайте [www.primcm.ru](http://www.primcm.ru) и на информационных стендах Исполнителя. Оплата оказанных медицинских услуг производится Потребителем (Заказчиком) посредством наличных или безналичных расчетов. Денежные средства вносятся в кассу Исполнителя или перечисляются на расчетный счет Исполнителя через национальные платежные инструменты.

### 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

#### 4.1. Права и обязанности Исполнителя:

- 4.1.1. Исполнитель обязан:  
Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.
- 4.1.2. Осуществить в оговоренное время медицинскую услугу, указанную в п.1.4 настоящего Договора.
- 4.1.3. Результаты осмотров врачей и их выводы отразить в медицинской карте. Обеспечить Потребителя (Заказчика) в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания медицинских услуг, режиме работы,

перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведениями о квалификации и сертификации специалистов.

4.1.4. Поставить в известность Потребителя (Заказчика) о возникших в процессе оказания медицинской услуги, указанной в п.1.4 настоящего Договора, обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания медицинских услуг. Изменение плана оказания медицинской услуги отражать в медицинской карте.

4.1.5. В случае если при оказании услуг потребуются предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика). Оказание дополнительных платных услуг оформляется в виде дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных медицинских услуг и их стоимости.

4.1.6. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов и/или сотрудников медицинских учреждений, имеющих с Исполнителем договорные отношения. Исполнитель вправе привлекать для исполнения обязательств по настоящему Договору третьих лиц. При привлечении Исполнителем к оказанию медицинских услуг третьих лиц, Исполнитель доводит до сведения Потребителя (Заказчика) всю необходимую информацию о третьем лице в объеме информации, предоставляемой об Исполнителе, а также информацию о месте и времени оказания Потребителю (Заказчику) данных медицинских услуг.

4.1.7. Обеспечить Потребителю (Заказчику) непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Потребителя (Заказчика) или его представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя (Заказчика).

4.1.8. Ознакомить Потребителя (Заказчика) под подпись с предварительным планом оказания медицинских услуг (в медицинской карте Потребителя (Заказчика) и информированным добровольным согласием на проведение медицинских услуг.

4.1.9. В случае обоснованного требования Потребителя (Заказчика) возврата денежных средств, уплаченных за предоставленные медицинские услуги, возврат денежных средств осуществляется в соответствии с Правилами возврата денежных средств по договорам на оказание платных медицинских услуг ООО «ПЦМ».

4.1.10. Исполнитель имеет право отказать в предоставлении медицинских услуг при наличии медицинских противопоказаний. В случае нахождения Потребителя (Заказчика), представителя Потребителя в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, нарушения Потребителем (Заказчиком), представителем Потребителя правил поведения, установленных Исполнителем на территории медицинского центра, Исполнитель имеет право перенести оказание медицинской услуги на другой день.

4.1.11. Исполнитель имеет право в изменении медицинского вмешательства при возникновении непредвиденных обстоятельств во время выполнения вмешательства, если Потребитель (Заказчик) в тот момент не в состоянии выразить свою волю.

## **4.2. Права и обязанности Потребителя (Заказчика):**

4.2.1. Потребитель (Заказчик) вправе в любое время отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов. В этом случае Потребитель (Заказчик) обязан уведомить об этом Исполнителя в письменной форме до момента окончания исполнения медицинских услуг Исполнителем. В течение одного рабочего дня с момента получения соответствующего уведомления Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Потребителя (Заказчика) и выставляет Потребителю (Заказчику) счет, в котором указывается

стоимость понесенных Исполнителем расходов по оказанию Потребителю (Заказчику) услуг, оказанных Потребителю (Заказчику). Потребитель (Заказчик) с момента получения счета от Исполнителя обязан в течение одного рабочего дня его оплатить. Уплаченные Потребителем (Заказчиком) денежные средства (в случае предоплаты услуги), превышающие стоимость понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по договору, подлежат возврату Потребителю (Заказчику) в течение одного рабочего дня с момента получения Исполнителем уведомления о расторжении настоящего Договора.

4.2.2. Потребитель (Заказчик) имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенной медицинской услуги.

4.2.3. Потребитель (Заказчик), представитель Потребителя обязан своевременно и в полном объеме оплатить оказанные Потребителю (Заказчику) Исполнителем медицинские услуги, а также подписать акт приемки услуги.

4.2.4. Потребитель (Заказчик) обязан предоставить всю необходимую информацию по требованию Исполнителя для оказания медицинской услуги, указанной в п.1.4 настоящего Договора (направления от других специалистов, результаты анализов, другие обследования и т.д.)

4.2.5. Информация, содержащаяся в медицинских документах Потребителя (Заказчика), составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия Потребителя (Заказчика) только по основаниям, предусмотренным пунктом 5 настоящего Договора.

4.2.6. Потребитель (Заказчик) имеет право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Потребителя (Заказчика) не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Потребителя (Заказчика) решает консилиум, а в особых случаях врач, проводящий обследование. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Потребителем (Заказчиком) или его представителем, а также медицинским работником.

4.2.7. Потребитель (Заказчик) обязуется надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Потребителем (Заказчиком) настоящего Договора. Извещать обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе оказания медицинской услуги, а также о принимаемых лекарственных препаратах.

4.2.8. Потребитель (Заказчик) обязуется заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги. В случае опоздания Потребителя (Заказчика) более чем 20 (двадцать) минут по отношению к назначенному Потребителю (Заказчику) времени получения услуги, Исполнитель оставляет за собой право на перенос срока получения услуги.

## **5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

5.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя (Заказчика) за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании (врачебная тайна).

5.2. С согласия Потребителя (Заказчика) или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя (Заказчика).

5.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя (Заказчика) или его представителя допускается в целях обследования и лечения Потребителя (Заказчика), не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

## **6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. Исполнитель несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Потребителю (Заказчику) неисполнением или ненадлежащим исполнением условий настоящего Договора, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя (Заказчика) в соответствии с законодательством РФ.

6.2. В случае нарушения Потребителем (Заказчиком), представителем Потребителя пунктов 3.1, 4.2.3. настоящего Договора, Потребитель (Заказчик), представитель Потребителя уплачивает Исполнителю пеню в размере 0,2% (ноль целых две десятых процента) от общей суммы задолженности за каждый день просрочки.

## **7. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ**

7.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. Срок рассмотрения претензии – 10 дней. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в суде в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.2. При возникновении претензии по качеству оказанной медицинской услуги Потребитель (Заказчик) подает ее в письменной форме на почтовый адрес или адрес электронной почты Исполнителя, указанные в разделе договора «Реквизиты сторон». В претензии должны содержаться сведения, достаточные для идентификации Потребителя (Заказчика) (ФИО, дата предоставления медицинской услуги и ее вид), а также суть претензии и контактные данные для оперативной связи с Потребителем (телефон, адрес электронной почты).

7.3. В случае поступления претензии Потребителя (Заказчика) Исполнитель направляет ему ответ в отношении заявленных требований в сроки, установленные для удовлетворения требований Потребителя Законом РФ «О защите прав потребителей», а при их отсутствии – в десятидневный срок со дня получения претензии. Ответ направляется по адресу электронной почты, указанному Потребителем (Заказчиком) в претензии, а при его отсутствии – заказным письмом с уведомлением о вручении либо иным способом, который позволяет зафиксировать факт направления ответа и его получения Потребителем (Заказчиком).

## **8. СРОК ДОГОВОРА, ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА**

8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до выполнения сторонами своих обязательств по Договору. Изменение и расторжение настоящего Договора возможны по соглашению Сторон, если иное не предусмотрено законодательством РФ. Соглашение об изменении или расторжении Договора совершается в той же форме, что и Договор, если из законодательства РФ, Договора или обычаев делового оборота не вытекает иное. Обязательства Сторон по настоящему Договору считаются измененными или прекращенными с момента подписания соглашения об изменении или расторжении настоящего Договора.

8.2. Настоящий Договор составлен в 2-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Потребителя (Заказчика). Все экземпляры Договора имеют равную юридическую силу.

## **9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

9.1. Потребитель (Заказчик) ознакомлен и согласен с проводимой медицинской услугой, планом прохождения медицинской услуги, со стоимостью услуги согласно прейскуранту.

- 9.2. Подписывая настоящий Договор, Потребитель (Заказчик) подтверждает, что предупрежден о действиях в ходе оказываемой медицинской услуги, о конечном результате медицинской услуги, о возможных последствиях, о времени наступления конечного результата от медицинской услуги, о рекомендациях специалиста для получения результативности медицинской услуги, 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, а также подтверждает ознакомление с порядком предоставления услуг Исполнителем, условиями и требованиями к их предоставлению, Правилами внутреннего распорядка Исполнителя. Действующие Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» размещены на сайте Исполнителя [www.primcm.ru](http://www.primcm.ru) и информационных стендах Исполнителя.
- 9.3. Информационные стенды Исполнителя находятся в помещении медицинского центра по адресу: 690080, г. Владивосток, ул. Космонавтов, д.17.

#### 10. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

##### Исполнитель

**ООО «Приморский центр медосмотров»**  
Юр., почт.адрес: 690080, Приморский край,  
г.Владивосток, ул.Космонавтов, д.17  
Тел. 8(423)200 16 03  
Электронная почта (e-mail):  
[primcm2020@mail.ru](mailto:primcm2020@mail.ru)  
ОГРН 1102537002996  
ИНН 2537082820 КПП 253701001  
р/с 40702810900100003181  
в ПАО СКБ Приморья «Примсоцбанк»  
к/с 30101810200000000803  
БИК 040507803

Директор \_\_\_\_\_ Н.Е. Семко

**М.П.**

##### Потребитель (Заказчик)

Ф.И.О.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

С правилами внутреннего распорядка  
ознакомлен  
Подпись

\_\_\_\_\_

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

ФИО

зарегистрирован по адресу:

паспорт серия \_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года

**Согласие пациента ООО "Приморский центр медосмотров"  
на обработку персональных данных**

г.Владивосток

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

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

в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, обеспечения моей безопасности, контроля качества оказываемой мне медицинской услуги, даю информированное и сознательное, свободно, своей волей и в своем интересе Обществу с ограниченной ответственностью «Приморский центр медосмотров» ИНН 2537082820, ОГРН 1102537002996 (далее Оператор), расположенному по адресу: г. Владивосток, ул. Космонавтов, д. 17, согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие: фамилия, имя, отчество; пол, возраст; дата и место рождения; паспортные данные; адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания; e-mail, номер телефона (домашний, мобильный); сведения о трудовом стаже, предыдущих местах работы; информация о приеме, переводе, увольнении и иных событиях, относящихся к моей трудовой деятельности; СНИЛС; ИНН; наименование страховой компании; реквизиты полиса обязательного медицинского страхования, полиса добровольного медицинского страхования, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской услуги я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

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

Оператор ООО «Приморский центр медосмотров», обязан соблюдать конфиденциальность персональных данных и обеспечивать их безопасность. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Подтверждаю свое согласие на передачу моих персональных данных и иных сведений, составляющих врачебную тайну, третьим лицам, в их числе: моему работодателю; подразделениям ГУ МВД России по Приморскому краю, Управлению Росздравнадзора по Приморскому краю, Министерству здравоохранения Приморского края, страховым компаниям, территориальным фондам обязательного медицинского страхования, органам прокуратуры в целях оказания медицинской помощи; представления отчетности в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Приморского края об объеме оказанных услуг; предоставления сведений в страховые организации с целью получения страховых выплат; предоставление отчетности об объеме указанных медицинских услуг в страховые компании; а также в иных целях, которые могут возникнуть в связи с оказанием мне в ООО «Приморский центр медосмотров» медицинской услуги.

Также предоставляю право ООО «Приморский центр медосмотров» использовать мой адрес эл. почты и номер телефона для передачи sms-информации о предстоящем визите в клинику, о готовности результатов лабораторных, инструментальных обследований; о результатах лабораторных и/или инструментальных обследований. При подписании настоящего Согласия и выражении желания получить результаты лабораторных и/или инструментальных исследований, я проинформирован(а) о том, что такая передача информации, в том числе медицинской информации и документации, будет производиться по незащищенным каналам связи, в связи с чем возможна ее утечка и (или) иное непреднамеренное нарушение конфиденциальности.

Несмотря на риск утечки персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну пациента, я выражаю свое желание и прошу работников медицинской организации направлять мне вышеуказанную информацию посредством электронной почты и/или SMS сообщений, так как риск ее утечки менее значим для меня по сравнению с удобством и комфортом ее получения по современным каналам связи. Я оцениваю все риски и готов(а) принять на себя возможную ответственность в случае нарушения конфиденциальности моей медицинской информации в результате ее пересылки по незащищенным каналам связи.

Обработка персональных данных (за исключением хранения) прекращается по достижению цели обработки, т.е. при прекращении обязательств по заключенным договорам и соглашениям. Я могу отозвать настоящее согласие, путём направления письменного заявления Оператору. До момента получения такого заявления Согласие считается действующим.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ФИО

подпись

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество 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 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 «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»<sup>1</sup> (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 «Приморский центр медосмотров»

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество 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 (которых) 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 гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

(подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

<sup>1</sup> Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082.

**ПЕРЕЧЕНЬ  
ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ,  
НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ  
СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ  
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.