**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Тула «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Общество с ограниченной ответственностью «СоНаВи», ИНН 7106518726, КПП 710601001, ОГРН 1117154018002 ,** свидетельство серия 71

№ 002176938 от 20.06.2011 г., выданное Межрайонной ИФНС России № 10 по Тульской области, лицензия ЛО-71-01-000683 от 27 марта 2012 г., выданная Министерством здравоохранения и социального развития Тульской области, именуемое в дальнейшем **«Центр»**, в лице директора Соболевой Наталии Витальевны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Фамилия Имя Отчество*

именуемый (-ая) в дальнейшем **«Пациент»,** с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**I. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. На условиях настоящего Договора Центр обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинские

услуги согласно Приложению № 1, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Пациент обязуется принять и оплатить медицинские услуги, оказанные Центром в порядке и в сроки, установленные в Договоре.

1.2. Объем оказываемых по настоящему Договору услуг определяется желанием Пациента и организационно-техническими возможностями Центра.

Необходимым предварительным условием является дача информированного добровольного согласия физического лица на медицинские процедуры на основании предоставленной медицинским работником Центра в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинских процедур, их последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

1.3. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Центром, содержатся в действующем на момент заключения настоящего Договора Прейскуранте. Изменения стоимости оказываемых услуг своевременно доводятся до Пациента. В момент подписания настоящего Договора Пациент ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность (Приложение № 2), Прейскурантом Центра, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*подпись Пациента расшифровка подписи*

1.4. В момент заключения настоящего Договора Пациент информирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.5. Подписывая настоящий Договор, получив в доступной форме информацию о методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинских процедур, их последствиях, а также о результатах проведенного лечения, Пациент дает свое согласие на обработку его персональных данных (Приложение № 3) и предоставление платных медицинских услуг, оговоренных в настоящем Договоре

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*подпись Пациента расшифровка подписи*

1.6. Пациент уведомлен о том, что несоблюдение им указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима подготовки и восстановительного периода, могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья

Пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*Подпись Пациента расшифровка подписи*

1.7. Порядок и условия предоставления платных медицинских услуг, режим работы Центра по предоставлению платных медицинских услуг (дни, часы, перечень специалистов), перечень и виды платной медицинской помощи и их стоимость определены Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг физическим лицам в Обществе с ограниченной ответственностью «СоНаВи», утвержденным Приказом директора.

**II. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

2.1. Центр обязуется:

2.1.1. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации. Обеспечить оказание Пациенту качественных медицинских услуг квалифицированными специалистами в соответствии с лицензией и перечнем медицинских услуг.

2.1.2. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

2.1.3. Предупредить Пациента в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре, и в случае предоставления дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента (при внезапных ситуациях) оказывать дополнительные услуги без взимания платы.

2.1.4. Обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, лечебного питания, косметологических средств, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств, расходных материалов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования.

2.1.5. Своевременно и качественно оказывать Пациенту медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, предоставлять Пациенту достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, разъяснения и рекомендации о необходимости и способах лечения.

2.1.6. Обеспечить Пациента в установленном порядке информацией, в том числе в сети «Интернет», включающей в себя сведения о перечне платных медицинских услуг и их стоимости, порядке их оплаты, месте, порядке и условиях оказания услуг, сведениями о медицинских работниках (их квалификации, уровне образования), режиме работы (графике работы) медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

2.1.7. Вести медицинскую документацию в установленном порядке и обеспечить Пациенту непосредственное ознакомление по его требованию с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья (включая сведения о процедурах, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинских процедур, ожидаемых результатах , используемых лекарственных препаратах, косметологических средств и материалах, медицинских изделиях, оборудовании и т. п.) и выдать копии этих медицинских документов.

2.1.8. В случае возникновения осложнений у Пациента по вине Центра провести за свой счет лечение (в том числе повторную процедуру)

2.2. Центр имеет право:

2.2.1. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских манипуляций, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.2.2. Требовать от Пациента предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.

2.2.3. Требовать от Пациента бережного отношения к имуществу Центра и соблюдения им Правил внутреннего распорядка Центра.

2.2.4. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг в случае, если существует угроза жизни или здоровью Пациента.

2.2.5. Отказать в оказании платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний у Пациента.

2.2.6. Отказать Пациенту в оказании медицинской помощи в случае нарушения им условий п. 2.3 настоящего Договора.

2.2.7. Отказать в оказании платных медицинских услуг Пациенту, находящемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

2.2.8. Отказать в оказании платных медицинских услуг Пациенту, в случае его(её) опоздания на процедуру более чем на 10 минут.

2.2.9. По желанию Пациента Центр может выполнять его(её) поручения по приобретению препаратов и косметологических средств у сторонних организаций, включая их доставку в Центр.

2.3. Пациент обязуется:

2.3.1. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные Центром медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.3.2. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача, а также указания, предписанные на период после оказания услуг.

2.3.3. Выполнять Правила внутреннего распорядка, режим Центра, требования и предписания медицинского персонала Центра как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.

2.3.4. Выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима Центра.

2.3.5. Бережно относиться к имуществу Центра. В случае причинения ущерба Центру вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Пациента и/или лиц, его сопровождающих, Пациент обязуется в течение трех календарных дней возместить Центру действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

2.3.6. Явиться в Центр на повторный осмотр для оценки предварительного и окончательного результатов процедуры, оценки выполнения предписаний специалистов Центра, фотографирования ( с согласия Пациента) и получения рекомендаций по поддержанию эффекта в сроки, определенные врачом.

2.3.7. В случае невозможности явки на процедуру уведомить Центр не менее чем за 1 сутки.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. На выбор врача-специалиста.

2.4.2. На получение консультаций врачей-специалистов.

2.4.3. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

2.4.4. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

2.4.5. На отказ от медицинского вмешательства.

2.4.6. На возмещение вреда, причиненного здоровью Пациента при оказании ему медицинской помощи, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

2.4.7. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

2.4.8. Получать заключения, выписки, справки с указанием результатов проведенных процедур и необходимых рекомендаций.

**III. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Стоимость и порядок расчетов предоставляемых медицинских услуг определяются в Приложении № 1 к настоящему Договору.

**IV. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ**

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до фактического выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору.

4.2. Настоящий Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения и подписанному Центром и Пациентом.

4.3. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору.

4.4. В случае полного отказа Пациента от получения медицинских услуг после заключения Договора и оплаты услуг Договор расторгается. При этом Пациенту возвращаются денежные средства в полном объеме. В случае частичного отказа от оказания услуг Пациенту подлежат возврату денежные средства пропорционально объему оказанных услуг.

**V. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. В случае неявки Пациента на процедуру или уведомления о невозможности явки менее чем за 1 сутки, Центр оставляет за собой право снять бронирование (предварительную запись).

5.4. В случае невыполнения Пациентом рекомендаций и требований врача Центра , а так же предоставление Пациентом недостоверной информации, повлекшие развитие осложнений, лечение осложнений осуществляется на платной основе.

5.5. При неудовлетворенности Пациента окончательными результатами процедуры, претензии принимаются в течение месяца после достижения окончательного результата. В этом случае Пациент обязан явиться лично для осмотра и оценки, либо письменно уведомить Центр о наличии претензий.

5.6. Центр освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Пациента, а также в случае, если Пациент не проинформировал Центр о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

5.7. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае не достижения согласия – в суде общей юрисдикции по правилам подведомственности и подсудности, установленным гражданским процессуальным законодательством.

**VI. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

6.1. Центр обязуется охранять информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

6.2. С согласия Пациента допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента.

6.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента допускается в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

**VII. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

7.1. Стороны договариваются, что при подписании Договора Центр вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического копирования (факсимиле), являющегося аналогом собственноручной подписи и имеющего юридическую силу.

7.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон. Все приложения являются неотъемлемой частью Договора.

**Приложения:**

1. Приложение № 1 - Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Договором, и сроки их предоставления.

2. Приложение № 2 - Перечень работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность ООО «СоНаВи»

(г. Новосибирск).

3. Приложение № 3 - Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных.

**ЦЕНТР**

Общество с ограниченной ответственностью «СоНаВи» (ООО «СоНаВи»)

Юридический, фактический. (почтовый) адрес: 300028, г. Тула, ул. Тульского Рабочего Полка, д. 96, корп. 1

ОГРН 1117154018002

ИНН 7106518726 КПП 710601001

р/с 40702810100040003116 в ф-л Банка ГПБ (АО) в г. Туле

БИК 047003716 к/сч 30101810700000000716

Директор ООО «СоНаВи» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Соболева Н.В./

М.П.

**ПАЦИЕНТ**

*ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

*Подпись Расшифровка*

Приложение № 1

к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ,

ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ В СООТВЕТСТВИИ С ДОГОВОРОМ,

И СРОКИ ИХ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ

В период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ООО «СоНаВи» (г. Тула) предоставляются медицинские услуги Пациенту в составе:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **п/п** | **Наименование услуги** | **Кол-во** | **Ед.** | **Цена** | **Сумма** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Итого** |  |

Стоимость медицинских услуг составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)рублей \_\_\_\_\_\_ копеек и определяется на основании действующего Прейскуранта, утвержденного Центром и

согласованного с Пациентом в соответствии с п. 1.3 настоящего Договора.

Оплата медицинских услуг производится по факту их оказания, непосредственно после оказания.

Оплата может производиться как полностью за курс процедур, так и по процедурно, за каждую фактически оказанную процедуру.

Оказываемые по настоящему договору услуги могут быть оплачены самим Пациентом, его страховой компанией либо третьим заинтересованным физическим или юридическим лицом на основании счета, выставленного Центром, путем внесения наличных денежных средств непосредственно в кассу Центра либо перечислением безналичных денежных средств на расчетный счет организации.

В случае отказа Пациента от приобретения услуг или товаров после внесения предоплаты Центр оставляет за собой право удержать 50% от внесенной Пациентом суммы. Скидка на услугу, установленная Центром и действующая на момент оказания услуги, предоставляется при условии 100%-й оплаты.

По требованию Пациента сотрудниками бухгалтерии Центра предоставляется справка установленного образца об оплате медицинских услуг для предъявления в налоговые органы Российской Федерации.

**Директор ООО «СоНаВи» ПАЦИЕНТ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Соболева Н.В. / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/.

М.П. подпись ФИО

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

Приложение № 2

к договору № \_\_\_\_\_

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

Перечень работ (услуг),

отраженных в лицензии на медицинскую деятельность

Общества с ограниченной ответственностью «СоНаВи» (г. Тула)

1. доврачебная медицинская помощь:

медицинский массаж;

1. амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь при осуществлении специализированной медицинской помощи: косметология (терапевтическая)

**Директор ООО «СоНаВи»**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Соболева Н.В. /

М.П.

Приложение № 3

к договору № \_\_\_\_\_

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

**СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

**НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Ф.И.О. субъекта персональных данных: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия, номер и дата выдачи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Орган, выдавший документ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «СоНаВи» (г. Тула) (далее – Оператор), расположенному по адресу: Российская Федерация, Тульская область, город Тула, улица Тульского Рабочего Полка, дом 96, корпус 1, на обработку персональных данных для осуществления медико-профилактических целей, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающихся медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну по следующему перечню

персональных данных: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета, номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу.

Предоставляю Оператору право осуществлять ведение персонифицированного учета при осуществлении

медицинской деятельности.

В случае, если Оператор поручит обработку персональных данных другому лицу, ответственность перед

субъектом персональных данных за действия указанного лица несет Оператор. Лицо, осуществляющее обработку персональных данных по поручению Оператора, несет ответственность перед Оператором.

Даю согласие субъекта персональных данных на обработку моих персональных данных в течение срока хранения медицинской карты амбулаторного больного (форма медицинской документации № 025/у) – двадцать пять лет.

Оставляю за собой право отозвать согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных

данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое будет вручено лично под расписку представителю Оператора или направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.

Субъект персональных данных\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение № 3

к договору № \_\_\_\_\_

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

**СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

**НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Ф.И.О. субъекта персональных данных: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия, номер и дата выдачи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Орган, выдавший документ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «СоНаВи» (г. Тула) (далее – Оператор), расположенному по адресу: Российская Федерация, Тульская область, город Тула, улица Тульского Рабочего Полка, дом 96, корпус 1, на обработку персональных данных для осуществления медико-профилактических целей, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающихся медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну по следующему перечню

персональных данных: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета, номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу.

Предоставляю Оператору право осуществлять ведение персонифицированного учета при осуществлении

медицинской деятельности.

В случае, если Оператор поручит обработку персональных данных другому лицу, ответственность перед

субъектом персональных данных за действия указанного лица несет Оператор. Лицо, осуществляющее обработку персональных данных по поручению Оператора, несет ответственность перед Оператором.

Даю согласие субъекта персональных данных на обработку моих персональных данных в течение срока хранения медицинской карты амбулаторного больного (форма медицинской документации № 025/у) – двадцать пять лет.

Оставляю за собой право отозвать согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных

данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое будет вручено лично под расписку представителю Оператора или направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.

Субъект персональных данных\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**АКТ**

оказанных медицинских услуг

по договору на оказание платных медицинских услуг

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_

город Тула «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

**Общество с ограниченной ответственностью «СоНаВи» (ООО «СоНаВи»), ИНН 7106518726, КПП 710601001, ОГРН 117154018002,** свидетельство серия 71 № 002176938 от 20.06.2011 г., выданное Межрайонной ИФНС России № 10 по Тульской области, лицензия ЛО-71-01-000683 от 27 марта 2012 г., выданная Министерством здравоохранения и социального развития Тульской области, именуемое в дальнейшем **«Центр»**, в лице директора Соболевой Наталии Витальевны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

именуемый (-ая) в дальнейшем **«Пациент»,** с другой стороны, составили настоящий акт о нижеследующем:

В период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ООО «СоНаВи» (г. Тула) оказаны медицинские услуги Пациенту в составе:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **п/п** | **Наименование услуги** | **Кол-во** | **Ед.** | **Цена** | **Сумма** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Итого** |  |

Всего оказано услуг на сумму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Пациент претензий по объему, качеству и срокам оказания медицинских услуг не имеет.

**Директор ООО «СоНаВи» (г. Тула) ПАЦИЕНТ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Соболева Н.В./ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.

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

**АКТ**

оказанных медицинских услуг

по договору на оказание платных медицинских услуг

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_

город Тула «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

**Общество с ограниченной ответственностью «СоНаВи» (ООО «СоНаВи»), ИНН 7106518726, КПП 710601001, ОГРН 117154018002,** свидетельство серия 71 № 002176938 от 20.06.2011 г., выданное Межрайонной ИФНС России № 10 по Тульской области, лицензия ЛО-71-01-000683 от 27 марта 2012 г., выданная Министерством здравоохранения и социального развития Тульской области, именуемое в дальнейшем **«Центр»**, в лице директора Соболевой Наталии Витальевны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

именуемый (-ая) в дальнейшем **«Пациент»,** с другой стороны, составили настоящий акт о нижеследующем:

В период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ООО «СоНаВи» (г. Тула) оказаны медицинские услуги Пациенту в составе:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **п/п** | **Наименование услуги** | **Кол-во** | **Ед.** | **Цена** | **Сумма** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Итого** |  |

Всего оказано услуг на сумму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Пациент претензий по объему, качеству и срокам оказания медицинских услуг не имеет.

**Директор ООО «СоНаВи» (г. Тула) ПАЦИЕНТ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Соболева Н.В./ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.