# СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО

**г. Хабаровск « » 202г.**

Я, гражданин(гражданка) , паспорт серии номер выдан (место выдачи, дата выдачи)

 , проживающий(ая) по адресу:

# ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

**г. Хабаровск « » 202 *\_* г.**

До заключения договора на оказание платных медицинских услуг, я, гражданин (гражданка)

 , действующий(ая) от имени и в интересах несовер-

шеннолетнего , дата рождения: , [документ, удостоверяющий личность несовершеннолетнего] серии номер выдан [место выдачи, дата выдачи]

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

даю согласие обществу с ограниченной ответственностью «Клиника современных технологий-ДВ», 680000, г. Хабаровск, ул. Пушкина, д. 11 офис 27 — далее Оператор, на обработку моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_поадресу места осуществления лицензируемого вида деятельности, выполняемой работы, оказываемой услуги в рамках заключенного договора на оказание медицинских услуг на следующих условиях: Субъект дает согласие на обработку Оператором своих персональных данных, то есть совершение любых действий (операций) или совокупности действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации, путем внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), а также без использования таких средств с персональными данными. Субъект дает право на обмен (прием, передачу) персональной информации со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа. Обработка персональных данных включает в себя: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передача, обезличивание, блокирование, уничтожение. Перечень персональных данных включает в себя: фамилия, имя, отчество (при наличии); день, месяц, год и место рождения; адрес местожительства; контактный телефон; семейное, социальное положение; реквизиты полиса ОМС (ДМС), место работы, учебы; страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью. Субъект персональных данных имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных в соответствии со ст. 14 ФЗ № 152 от 27.06.2006 г., Обработка персональных данных прекращается по истечении 5 лет с момента окончания действия договора на оказание платных медицинских услуг, либо в иных случаях, предусмотренных ФЗ № 152 от 27.06.2006 г. Настоящее согласие действует в течение всего срока хранения персональных данных, соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. С порядком отзыва согласия на обработку персональных данных я ознакомлен(а).

Законный представитель:

# Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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.**

действующий(ая) от имени и в интересах несовершеннолетнего ребенка

 , дата рождения: , ознакомился (ась) с «Территориаль- ной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Хабаровском крае в текущем году, об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а).Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи. Я ознакомлен с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организа- циях на других условиях. Своей подписью я подтверждаю свое желание на получение платных медицинских услуг в данной ООО

«Клиника современных технологий-ДВ». Законный представитель:

# УВЕДОМЛЕНИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО О ВОЗМОЖНЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ НЕСОБЛЮДЕНИЯ НАЗНАЧЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

**г. Хабаровск « » 202 *\_*г.**

Я, гражданин (гражданка) [Ф.И.О.]:

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

действующий(ая) от имени и в интересах несовершеннолетнего ребенка

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

, дата рождения: , уведомлена о том, что при оказании платной медицинской услуг(и) в рамках договора на оказание платных медицинских услуг № от « » 20 г. между мной, несовершеннолетним ребенком

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

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

и обществом с ограниченной ответственностью «Клиника современных технологий-ДВ» несоблюдение пациентом назначений (рекомендаций) исполнителя, врача (медицинского работника), в том числе назначенного режима лечения, кратности, дозировок, сроков приема лекарственных препаратов, назначенных лабораторных и инструментальных исследованиях, консультациях специалистов могут снизить качество оказываемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Законный представитель

**ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМУ**

**г. Хабаровск « » 202*\_* г.**

Общество с ограниченной ответственностью «Клиника современных технологий-ДВ», зарегистрированное ФНС (ИНН 2721191316 КПП 272101001), ЕГРЮЛ 1122721002073, имеющая государственную лицензию на медицинскую деятельность № ЛО-27-01-002827 от 04.09.2019 г., выданную Министерством здравоохранения Хабаровского края (адрес: г. Хабаровск ул. Запарина, 76 б, тел. (4212) 402524), именуемая в дальнейшем Исполнитель, в лице директора – Рыбкиса Вячеслава Александровича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданина (гражданки)

 ,

паспорт серии номер выдан (место выдачи, дата выдачи)

 , проживающий(ая) по адресу: , именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик, действующий(ая) от имени и в интересах несовершеннолетнего ребенка

 , дата рождения: ,

Я серии номер

Ф.И.О. законного представителя ребенка

выдан

Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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 Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390Н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень видов медицинских вмешательств. На проведение врачебного осмотра, в том числе: опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, ректальное исследование. Антропометрические исследования, Термометрия, тонометрия, не инвазивные исследования органов зрения и зрительных функций. Не инвазивные исследования органов слуха и слуховых функций. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). Проведение манипуляций, связанных с нарушением целостности кожных покровов. При оказании мне первичной медико-санитарной помощи в ООО «Клиника Современных Технологий-ДВ» медицинским работником:

Ф.И.О. медицинского работника

Я ознакомлен (а) с перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть):

Подпись (Ф.И.О. законного представителя) Подпись (Ф.И.О. медицинского работника)

(документ, удостоверяющий личность несовершеннолетнего)

(место выдачи, дата выдачи) , именуемый(ая) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

# ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

* 1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту, медицинские услуги по перечню и в сроки, установленные в соответствие с Приложением № 1 к настоящему договору (являющимся неотъемлемой частью настоящего договора), а также в соответствии лицензией № ЛО-27-01-002827 от 04.09.2019 г., выданной Министерством здравоохранения Хабаровского края, в соответствии с которой исполнителю разрешены следующие виды медицинской деятельности: г. Хабаровск, **Шеронова, д. 6:** 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, анестезиологии и реаниматологии, дезинфектологии, медицинскому массажу, операционному делу, организации сестринского дела, сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: общей врачебной практике (семейной медицине), терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: общей врачебной практике (семейной медицине), организации здравоохранения и общественному здоровью, 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), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, гематологии, генетике, дерматовенерологии, детской урологии-андрологии, детской хирургии, кардиологии, косметологии, неврологии, нефрологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, офтальмологии, психотерапии, пульмонологии, ревматологии, сердечно-сосудистой хирургии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико- санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности). При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности. г. Хабаровск, **Шеронова, д. 8, корпус 3:** 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: вакцинации (проведению профилактических прививок), дезинфектологии, общей практике, организации сестринского дела, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), общей врачебной практике (семейной медицине), организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: аллергологии и иммунологии, детской кардиологии, детской хирургии, детской эндокринологии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), психиатрии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются

следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности. г. Хабаровск, **Шеронова, д. 10:** 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: лабораторной диагностике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: клинической лабораторной диагностике. При оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации по: скорой медицинской помощи.

* 1. При оказании медицинских услуг Исполнителем будут применяться действующие на территории Российской Федерации стандар- ты медицинской помощи и порядки оказания медицинской помощи.
	2. Оказание медицинских услуг будет осуществляться специалистами, указанными в приложении № 2 к настоящему договору. Информация о профессиональном образовании и квалификация данных специалистов доведена до сведения Пациента.
	3. Подписывая настоящий договор Пациент подтверждает, что ему в доступной форме была разъяснена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

# СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

* 1. Заказчик оплачивает медицинские услуги в кассу Исполнителя по тарифам, действующим у Исполнителя на дату заключения договора. В случае, если срок оказания услуг переносится по сравнению со сроками, указанными в договоре, услуги оплачиваются по ценам, действующим на момент оказания медицинских услуг.
	2. Оплата медицинских (ой) услуг (и) производится наличными денежными средствами в кассу Исполнителя на условиях предоплаты в размере 100% стоимости услуг. Срок оплаты: в любые сроки до непосредственного оказания медицинской услуги.
	3. Датой оплаты считается дата поступления денежных средств в кассу Исполнителя.

# УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

* 1. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с утвержденным графиком работы и условиями, соответствующими установленным требованиям.
	2. Предоставление услуг по настоящему договору проходит в порядке предварительной записи Пациента на приём, которая осуще- ствляется через регистратуру Исполнителя или колл-центр. Телефон центра предварительной записи – 48-88-88. Часы работы с 8:00 до 21:00 без перерыва и выходных.

# ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

* 1. Права и обязанности Исполнителя:

# Исполнитель обязан:

* + 1. Обеспечить оказание качественной и безопасной медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федера- ции.
		2. Обеспечить соблюдение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи. 4.1.3.Выдать Заказчику направление для прохождения услуг(и) с указанием сроков оказания услуг, места их оказания (кабинет по месту нахождения Исполнителя) и необходимыми рекомендациями по подготовке Пациента.
		3. Выдать Заказчику документ строгой отчетности (кассовый чек), подтверждающий прием денежных средств.
		4. Предоставить квалифицированную, качественную медицинскую услугу Пациенту, в соответствие с утвержденными требования- ми медицинского технологического стандарта.
		5. Выдать по окончании оказания медицинской услуги Пациенту документы, содержащие информацию о результатах оказанных услуг.
		6. В случае возникновения неотложных состояний у Пациента, Исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.
		7. Предоставить Заказчику бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах, состоянии здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследований, диагнозе.
		8. Предоставить Заказчику в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
		9. Предупредить Заказчика в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмез- дной основе дополнительных медицинских услуг, непредусмотренных договором.
		10. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострени- ях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Права Исполнителя: при оказании платных медицинских услуг Исполнитель пользуется правами в соответствии с действующим законодательством.
		11. Врач вправе направить пациента к другому специалисту, с целью уточнения диагноза и выбора оптимального плана лечения, ответственность за выполнение или невыполнение этой рекомендации несет пациент. В случае, если пациент не захочет посещать дополнительных специалистов, врач имеет право отказать пациенту в дальнейшем лечении, поскольку не имеет полной и достоверной информации для принятия решения о диагнозе и избрания плана лечения.
		12. Исполнитель имеет право задержать прием пациента не более, чем на 15 минут, по объективным причинам (сложный клиничес- кий случай).
	1. Права и обязанности Заказчика:

# Заказчик обязан:

* + 1. Предварительно в соответствии с настоящим договором оплатить стоимость медицинских услуг в кассу Исполнителя. В случае отсутствия оплаты после назначения услуг в регистратуре Исполнителя, Исполнитель вправе снять время оказания услуг в одностороннем порядке до момента повторного обращения Заказчика и согласования новых сроков оказания услуг.
		2. Письменно подтвердить, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги и условиями ее предоставления, то есть подтвердить свое «Добровольное информированное согласие» на оказание услуги. Добровольное информирован- ное согласие является неотъемлемой частью настоящего договора. В случае отказа от подтверждения добровольного информированного согласия на оказание услуги Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке.

# Заказчик имеет право:

* + 1. Представлять интересы пациента при оказании платных медицинских услуг в соответствии с действующим законодательством.
		2. Отказаться от оказания услуг до момента начала их оказания и потребовать возврата уплаченных денежных средств с возмещени- ем Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг. Пациент обязан:
		3. Выполнить требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи (подготовка в соответствии с требованиями и рекомендациями лечащего врача Исполнителя). В случае выявления Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказа- нию услуг или ее отсутствия Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке. В ходе оказания услуг выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);
		4. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания услуг. В противном случае весь риск связанных с этим последствий несет Заказчик.
		5. Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения пациента в медицинской организации в соответствии с лечебно- охранительным режимом.

# Пациент имеет право:

* + 1. На качественную и безопасную медицинскую помощь, а также соблюдение иных прав, предусмотренных действующим законода- тельством.
		2. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него (в случае, если возраст Пациента старше пятнадцати лет) в соответствии с Федеральным законом, от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

# ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

* 1. За нарушение прав Пациента Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством, в том числе законодательством о защите прав потребителей.
	2. В случае оказания Пациенту медицинской услуги ненадлежащего качества, Заказчик имеет право:
* по личному заявлению оформить возврат денежных средств в кассе Исполнителя;
* безвозмездно (за счет Исполнителя) устранить недостатки оказанной услуги (повторно осуществить повторное оказание услуги);
* привлечь Исполнителя к иным мерами ответственности в соответствии с действующим законодательством.
	1. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Заказчик обязан возместить причиненные убытки.
	2. В случае нарушения Пациентом рекомендаций Исполнителя, отразившихся на ходе оказания услуги, либо делающее невозможным оказание услуги в установленные сторонами сроки, Исполнитель не несет ответственности за результат оказания услуги.
1. **ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА** 6.1.При необходимости изменения в договор вносятся по соглашению сторон и оформляются отдельным соглашением. 6.2.В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. 6.3.Исполнитель информирует Заказчика о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом Заказчик оплачивает Исполни-

телю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

1. **РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ**
	1. Спорные вопросы, возникающие у сторон разрешаются путем переговоров. В случае недостижения соглашения спор передается на рассмотрение суда в соответствии с действующим законодательством. При этом до обращения в суд необходимо соблюдение сторонами досудебного претензионного порядка разрешения спора.
	2. Отсутствие ответа на претензию в течение дней с момента получения претензии либо получение от стороны ответа о неудовлетворении претензии, является основанием для обращения стороны в судебные органы.

# ИНЫЕ УСЛОВИЯ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ПО СОГЛАШЕНИЮ СТОРОН

* 1. Подписывая настоящий договор, Заказчик подтверждает, что ему было разъяснено право на получение медицинских услуг Исполнителя, входящих в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Хабаровском каре в текущем году, на безвозмездной основе. Также был разъяснен порядок оказания таких услуг, условия получения услуг Пациентом. Подписывая настоящий договор, Заказчик подтверждает свое согласие на отказ от получения медицинской услуги (если она включена в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Хабаровском крае в текущем году) на безвозмездной основе. Подписывая настоящий договор, Заказчик подтверждает, что перед оказанием услуг ему была предоставлена исчерпывающая информация о заболева- нии (диагнозе) Пациента, современных методах лечения, даны ответы на все интересующие вопросы.
	2. Заказчик дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

 8.3.Пациент, в целях оценки качества проводимого лечения, а также в научных и образовательных целях, дает свое согласие на фотопротоколирование процесса лечения (локально), БЕЗ идентификации пациента.

* 1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами.
	2. Споры и разногласия решаются в претензионном порядке, а в случае невозможности разрешения в – судебном порядке в суде общей юрисдикции в соответствии с действующим законодательством.
	3. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: по одному для каждой из сторон.
	4. Стороны договорились об использования факсимильного изображения подписи лица, заключающего настоящий договор от име- ни Исполнителя в настоящем договоре, и его приложениях (сметах на оказание платных медицинских услуг и актах об оказании плат- ных медицинских услуг).

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Современных Технологий-ДВ», г. Хабаровск, *ул. Шеронова, д.6;*

ул. Шеронова, д. 8, к.3*;* тел. 48-88-88.

Директор В.А. Рыбкис



М.П.

Заказчик: [Ф.И.О.]

 Паспортные данные: паспорт серии номер выдан Адрес: Телефон:

Я даю своё согласие на получение данных услуг за полную плату согласно действующего у Исполнителя прейскуранта цен на медицин- ские услуги. Я получил(а)полную достоверную информацию о медицинских услугах, оказываемых в соответствии с настоящим догово- ром и их стоимости, порядке и сроках их оказания, а так же ознакомлен(а) с иными необходимыми документами, характеризующими порядок оказания медицинской услуги на платной основе. Со всеми условиями договора согласен(сна), о чем расписался(лась) собствен- норучно.

Подпись Заказчика:

Пациент: [Ф.И.О. несовершеннолетнего]

(ставит подпись, если его возраст старше 15 лет)

Паспортные данные: [документ, удостоверяющий личность несовершеннолетнего] серии номер выдан Адрес:

Телефон Подпись