

До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомляет Пациента (Потребителя) о том, что несоблюдение всех назначений и рекомендаций Исполнителя, требований и предписаний специалистов, направленных на достижение и сохранение результатов лечения, включая соблюдение дат и времени визитов/приемов, соблюдение режима распорядка дня, питания, приема лекарственных средств, соблюдение иных ограничений, обеспечивающих эффективность проводимых медицинских мероприятий, а также несвоевременное уведомление Пациентом (Потребителем) Исполнителя об имеющихся у него заболеваниях и/или патологиях, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента (Потребителя), а также уведомляет о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Тест Арнольд Петрович _____

(Подпись Пациента, законного представителя, расшифровка подписи)

ДОГОВОР № _____

на оказание (предоставление) платных медицинских услуг в условиях стационара

г. Москва

« _____ » 202_ г

Общество с ограниченной ответственностью «Селин Медикал Групп» именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Климова А.М., действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____,

ФИО

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», получающая(ий) платные медицинские услуги лично в соответствии с Договором, при совместном упоминании именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

Платные медицинские услуги - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

Пациент - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

Исполнитель (Клиника) - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям (пациентам) на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется предоставить Пациенту квалифицированную медицинскую помощь в форме платных медицинских услуг (далее - Услуги), а Пациент обязуется оплатить услуги Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.2. Основанием для оказания платных медицинских услуг Исполнителем является обращение Пациента и наличие медицинских показаний. Подписание настоящего Договора Пациентом свидетельствует о его добровольном согласии на получение платных медицинских услуг и на медицинское вмешательство.

1.3. Перечень предоставляемых по настоящему Договору платных медицинских услуг, количество и их стоимость устанавливаются в Приложении № 1 (Перечень платных медицинских услуг) и согласовываются Сторонами путем двустороннего подписания.

1.4. Медицинские услуги предоставляются Пациенту с соблюдением требований действующего законодательства Российской Федерации к качеству медицинских услуг, в объемах предусмотренных стандартами медицинской помощи и в соответствии с нормами установленными в порядках оказания медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по желанию Пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объемах, превышающих объемы выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.5. Оказание услуг осуществляется в режиме работы Клиники, в отделении пластической хирургии, в плановом порядке, в условиях стационара, по адресу: 119021, г. Москва, ул. Тимура Фрунзе, д. 11, стр. 15.

1.6. При заключении настоящего Договора, Пациенту предоставлена в доступной форме информация 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 информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- стандарты и порядки оказания медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных

медицинских услуг;

- информацию о медицинском работнике, предоставляющем соответствующую медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

1.7. Документом, подтверждающим факт государственной регистрации юридического лица и внесения сведений о Клинике в ЕГРЮЛ (ОГРН 1187746315382) лист записи за ГРН 1187746315382 от «21» марта 2018 года Межрайонной Инспекцией ФНС № 46 по г. Москве.

1.8. Исполнитель предоставляет медицинские услуги на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности от 30.07.2020 г., регистрационный номер Л041-01137-77/00361612, выданной Департаментом Здравоохранения города Москвы (г. Москвы, 127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, тел. 8 (499) 251-83-00), в соответствии с перечнем услуг: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; сестринскому делу в педиатрии; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара 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); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); аллергологии и иммунологии; анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; дерматовенерологии; диетологии; кардиологии; колопроктологии; косметологии; мануальной терапии; неврологии; нефрологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; остеопатии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; пластической хирургии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; психотерапии; пульмонологии; ревматологии; рентгенологии; рефлексотерапии; сердечно-сосудистой хирургии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; челюстно-лицевой хирургии; эндокринологии; эндоскопии; При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); анестезиологии и реаниматологии; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; пластической хирургии; рентгенологии; сестринскому делу; трансфузиологии; хирургии; челюстно-лицевой хирургии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.

1.9. Услуги предоставляются Пациенту в соответствии с правилами оказания платных медицинских услуг, утвержденных Исполнителем и размещенных в открытом доступе на ресепшен и на сайте Исполнителя.

2. ПОРЯДОК, СРОКИ И УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Исполнитель обеспечивает в полном объеме своевременное предоставление Пациенту медицинских услуг, назначенных по медицинским показаниям врачами Клиники. Стоимость медицинских услуг для Пациента в рамках действия данного Договора определяется на момент фактического оказания медицинской услуги, согласно стоимости утвержденной в Прейскуранте Клиники, который является публичным документом, ознакомление с которым возможно на сайте Клиники - seline.ru, (далее -Прейскурант). По соглашению Сторон в зависимости от индивидуальных особенностей организма и запросов Пациента стоимость услуг может быть изменена.

2.2. Медицинские услуги оказываются Пациенту согласно правилам внутреннего распорядка Клиники (Приложение №2 к настоящему Договору).

2.3. Исполнитель обязуется организовать ведение медицинской карты, с соблюдением действующих требований к ведению медицинской документации, установленных законодательством Российской Федерации.

2.4. Исполнитель предоставляет Пациенту Перечень платных медицинских услуг с указанием стоимости, исходя из вида и объема услуг и длительности пребывания в стационаре, который Пациент согласовывает путем подписания. Данный Перечень является неотъемлемой частью Договора (Приложение № 1). В случае

несогласования Перечня платных медицинских услуг Пациентом Исполнитель не вправе приступать к исполнению Договора, отказаться от исполнения взятых на себя обязательств по Договору. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель предупреждает об этом Пациента. Предоставление дополнительных медицинских услуг, не оговоренных в основном Договоре, оформляется Дополнительным соглашением.

2.5. При наличии согласованного Пациентом Перечня платных медицинских услуг (дополнительных платных медицинских услуг) Пациент принимает на себя обязательства оплатить эти услуги в полном объеме в сроки, установленные настоящим Договором.

2.6. Исполнитель предоставляет Пациенту (законному представителю Пациента) по его запросу и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;
- при имеющейся патологии у Пациента и при наличии противопоказаний для применения медицинских лекарственных препаратов, Исполнитель имеет право привлекать специалистов для проведения дополнительных консультаций и исключения возникновения риска осложнений в ходе лечения Пациента. В случае отказа Пациента от получения дополнительных консультаций, он принимает на себя риск отрицательного влияния лекарств на состояние его здоровья.

2.7. Копии медицинских документов о состоянии здоровья Пациента или выписки из них могут быть предоставлены Пациенту по письменному мотивированному запросу в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента получения запроса Пациента или его законного представителя, при условии предоставления подлинников документов, подтверждающих полномочия. Копии медицинских документов или выписки из них передаются Пациенту или уполномоченному представителю Пациента лично в руки при предъявлении Исполнителю документов, удостоверяющих личность и полномочия. По электронной почте копии медицинских документов могут быть направлены Пациенту только при предоставлении Исполнителю оригинала соответствующего заявления от Пациента с указанием адреса электронной почты Пациента. При этом Пациенту известно, что электронная почта является незащищенным каналом связи и риск утечки информации, охраняемой государством (персональные данные, врачебная тайна) и передаваемой по электронной почте, Пациент берет на себя.

2.8. Оказание услуг Пациентам в стационарном отделении осуществляется круглосуточно.

В период оказания стационарной медицинской помощи Исполнитель обязуется создать следующие необходимые условия для Пациента и оказания медицинских услуг по настоящему Договору:

- размещение в палате стационарного отделения Клиники;
- регулярную смену постельного белья;
- ежедневный врачебный осмотр;
- уход за Пациентом средним и младшим персоналом Клиники (не включая индивидуальный патронажный пост);
- питание Пациента в соответствии с рекомендациями лечащего врача.

Выписка Пациента из стационарного отделения осуществляется по решению лечащего врача.

2.9. Медицинские услуги предоставляются при наличии подписанного Пациентом информированного добровольного согласия Исполнитель обеспечивает соответствие оказываемой Пациенту медицинской помощи требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, лекарственным препаратам, разрешенным на территории Российской Федерации.

2.10. Срок предоставления медицинских услуг определяется длительностью пребывания Пациента в стационарном отделении Клиники.

2.11. Течение срока предоставления услуг начинается с момента фактического поступления Пациента в стационарное отделение и оканчивается в день выписки Пациента.

3. СТОИМОСТЬ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость услуг, предоставляемых Клиникой, определяется исходя из планируемого вида, объема услуг, выбранного Пациентом врача и длительности пребывания в стационаре. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему Договору, количество и их стоимость устанавливаются в Приложении № 1 (Перечень платных медицинских услуг) и согласовывается Сторонами путем его подписания.

3.2. Согласование Пациентом стоимости медицинской услуги по настоящему Договору, является наступление одного из событий:

- подписание Пациентом плана лечения;
- подписание Пациентом приложения № 1 к Договору;
- фактическое оказание медицинских услуг Пациенту и подписание им Акта об оказанных услугах;
- поступление денежных средств на расчетный счет или в кассу Клиники в качестве оплаты стоимости

медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором.

3.3. Стоимость услуг по настоящему Договору фиксируется в Приложении №1. Пациент оплачивает стоимость услуг по настоящему Договору в порядке 100% предоплаты, путем внесения наличных денежных средств в кассу Клиники или посредством перечисления денежных средств на расчетный счет Клиники.

3.4. Датой платежа и моментом исполнения обязанности Пациента оплатить услуги считается дата поступления денежных средств на расчетный счет или в кассу Клиники.

3.5. Пациент может внести денежные средства на лицевой счет в качестве аванса. Средства, внесенные в качестве аванса, могут быть израсходованы Пациентом для оплаты любых видов медицинских услуг, согласованных Сторонами.

3.6. В случае необходимости увеличения объема медицинских услуг предусмотренных настоящим Договором (в том числе хирургического вмешательства) по причине изменений состояния Пациента и осложнений, связанных с индивидуальными особенностями Пациента и независящих от качества проводимого лечения и при необходимости увеличения сроков пребывания в стационаре в зависимости от состояния здоровья Пациента, Стороны подписывают дополнительное соглашение к настоящему Договору об увеличении объема Плана лечения и стоимости услуг. Пациент обязуется оплатить указанную в дополнительном соглашении стоимость медицинских услуг не позднее дня выписки из стационарного отделения Клиники.

3.7. Предоставление услуг по настоящему Договору, осуществляется после поступления денежных средств в размере, указанном в п. 3.3. настоящего Договора. Исполнитель вправе приступить к оказанию Пациенту согласованных Сторонами услуг до получения от Пациента полной оплаты, в этом случае Пациент обязуется полностью оплатить оказанные Исполнителем услуги до выписки Пациента из стационара или в иные согласованные Сторонами сроки.

3.8. Дополнительное вознаграждение Клиники в случае привлечения для оказания медицинских услуг сторонних медицинских организаций, рассчитывается как разница между стоимостью услуг по Прейскуранту Клиники, подлежащей оплате Пациентом, и стоимостью, подлежащей уплате Клиникой по договору соответствующему медицинскому учреждению, непосредственно оказывающему данную услугу Пациенту.

3.9. По окончании оказания услуг по настоящему Договору в день выписки Пациента, Стороны подписывают Акты приема-сдачи оказанных услуг по Договору, предоставленных Клиникой.

3.10. Исполнитель оставляет за собой право направить Пациенту Акт приема-сдачи оказанных услуг ценным письмом с описью вложения по адресу, указанному в настоящем договоре, в случае неподписания его Пациентом в день выписки из стационара.

3.11. Датой получения документов, указанных в п.3.9. является 5 (пятый) календарный день с момента поступления почтовой корреспонденции в отделение почтовой связи по адресу Пациента, указанному в п. 11 настоящего Договора, в случае направления посредством почтовой связи, или дата вручения Пациенту или его представителю при вручении нарочно.

3.12. Полномочия представителя для целей вручения уведомления о задолженности могут быть определены на основании письменного указания Пациента или полномочий в нотариально заверенной доверенности.

3.13. В течение 3 (трех) календарных дней с даты получения документов, указанных в п. 3.9. Пациент обязан их подписать и направить Клинике, либо направить в адрес Клиники мотивированный отказ от приемки оказанных медицинских услуг. Основаниями отказа в приемке являются несоответствие оказанных медицинских услуг порядку оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, действующим на территории РФ, а также условиям настоящего договора и приложений к нему, подтвержденные документально.

3.14. По истечении 5 (пяти) календарных дней с момента указанного в п. 3.13. при отсутствии подписанного Акта приема-сдачи услуг и реестра оказанных услуг или мотивированного отказа Пациента, Акт приема-сдачи услуг будет считаться подписанным Сторонами.

4. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

4.1. Исполнитель берет на себя обязательства:

4.1.1. Сохранять в тайне информацию, относящуюся к лечению Пациента (врачебная тайна), в т.ч. снимки, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации, или письменного разрешения Пациента.

4.1.2. Вести обработку персональных данных Пациента в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. Не оказывать Пациенту медицинскую услугу, предусмотренную настоящим Договором, расторгнуть в одностороннем порядке настоящий договор и возратить денежные средства, уплаченные по Договору за вычетом стоимости понесенных Исполнителем расходов и стоимости услуг, которые фактически были оказаны Пациенту до расторжения настоящего Договора, в случае выявления у Пациента противопоказаний к оказанию медицинских услуг или при несогласии Пациента с Правилами внутреннего распорядка Клиники, Правилами оказания платных медицинских услуг и рекомендациями врачей Клиники, при отказе Пациента от подписания информированных добровольных согласий перед началом оказания соответствующих медицинских услуг, при непредоставлении необходимых предоперационных исследований и результатов анализов, а так же при отсутствии у Исполнителя возможности оказать необходимые Пациенту медицинские услуги.

4.2.2. Приостановить оказание услуг по настоящему Договору в случае возникновения задолженности по оплате оказанных медицинских услуг по настоящему Договору на срок, превышающий 1 (один) календарный день.

4.2.3. На всех основных этапах оказания услуг, предусмотренных настоящим Договором, полученные медицинские данные (в т.ч. ангиограммы, снимки КТ, МРТ, ПЭТ и УЗИ) могут использоваться для научно-исследовательских работ, публикаций в научных изданиях. При этом Исполнитель обязуется полностью исключить из этих данных любую личную информацию, такую как ФИО, адрес места жительства, место работы Пациента, и т.п.

4.2.4. С согласия Пациента и по рекомендации лечащего врача, Исполнитель вправе привлекать для осмотров и консультаций высококвалифицированных специалистов из других медицинских организаций, а также направлять Пациента в другие медицинские организации на необходимые обследования, которые не проводятся в Клинике, с последующей дополнительной оплатой Пациентом оказанных медицинских услуг.

4.2.5. По поручению Пациента и по рекомендации лечащего врача Клиники, закупить имплантируемые устройства и материалы, прочие одноразовые инструменты и расходные материалы, необходимые для проведения хирургического вмешательства, если оно определяется медицинскими показаниями и обусловлено согласием Пациента (за исключением случаев, требующих неотложного хирургического вмешательства).

4.2.6. В исключительных случаях без дополнительного согласия Пациента привлекать бригады специалистов узкого профиля (кардиохирургов, торакальных хирургов, сосудистых хирургов и др.). В случае если при предоставлении медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются Клиникой независимо от наличия или отсутствия согласия Пациента.

4.3. Пациент берет на себя обязательства:

4.3.1. Предоставлять Исполнителю всю имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, требуемую для оказания стационарной медицинской помощи (в том числе, но не ограничиваясь, о перенесенных хирургических вмешательствах, травмах, хронических и наследственных заболеваниях, аллергии, склонности к образованию келоидных рубцов), в т.ч. результаты предоперационных анализов и исследований согласно утвержденному Исполнителем перечню и показаний лечащего врача Исполнителя.

4.3.2. Своевременно информировать Исполнителя (лечащего врача) об изменении состояния своего здоровья, возникающих сложностях, побочных эффектах и т.п. в процессе оказания стационарной медицинской помощи и после ее завершения.

4.3.3. В период предоставления стационарной медицинской помощи и в период реабилитации неукоснительно соблюдать рекомендации специалистов, а также посещать специалистов и выполнять процедуры в установленное время.

4.3.4. Соблюдать Правила внутреннего распорядка Клиники.

4.3.5. Оплачивать стоимость медицинских услуг в установленные в Настоящем Договоре сроки и не позднее момента выписки Пациента из Клиники оплатить стоимость медицинских услуг, предоставленных дополнительно в соответствии с настоящим Договором, Дополнительным соглашением и приложениями к нему.

4.3.6. Предоставлять доказательства исполнения обязательства по оплате услуг посредством предоставления оригинала платежного документа с отметкой банка о совершении операции.

4.3.7. Бережно относиться к имуществу Клиники, соблюдать правила внутреннего распорядка Клиники.

4.3.8. Сообщать Исполнителю об изменении данных о себе, включающих адрес для направления корреспонденции.

4.3.9. Подписывать Акт приема-сдачи оказанных услуг.

4.4 Пациент имеет право на:

4.4.1. Получение медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора.

4.4.2. Отказ от медицинского вмешательства.

4.4.3. Защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

4.4.4. Получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

4.4.5. Получение по его требованию сведений о конкретном медицинском работнике, предоставившем медицинскую услугу, в объеме, определенном в Федеральном Законе от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.4.6. Получение справки об оказании платных медицинских услуг, для предоставления в налоговые органы, по письменному заявлению Пациента.

5. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

5.1. Если в ходе стационарного лечения Пациенту необходимо провести оперативное вмешательство, Пациент подписывает информированные согласия, связанные с оперативным вмешательством, перечисленные в п. 10.6. настоящего Договора.

5.2. Стороны понимают, что в процессе хирургической операции и в послеоперационном периоде для Пациента существует риск осложнений, независящих от качества и уровня лечения, технологий, квалификации персонала, медикаментов и т.д.

5.3. Информированные добровольные согласия, включенные в Перечень Приложений к настоящему Договору или данные в период действия Договора, действительны в течение всего срока действия настоящего Договора.

5.4. В случае невозможности получения от пациента информированного добровольного согласия или отказа, решение о целесообразности проведения медицинской услуги может быть принято путем проведения консилиума врачей.

5.5. Исполнитель обязуется принять максимальные меры для профилактики возможных осложнений, и при их возникновении - содействовать в их лечении. В случае, если результатом перечисленных осложнений будет летальный исход, и экспертная комиссия докажет, что действия Клиники привели к возникновению данных осложнений, Исполнитель обязуется возместить полную стоимость лечения правопреемникам Пациента и нести ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.6. Сторонами достигнуто соглашение о возможности переноса плановой операции, по причине возникновения временных физических или технических препятствий.

5.7. Пациент при подписании настоящего договора считается уведомленным о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников Клиники, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента. В случае таких нарушений Пациент утрачивает право на предъявление претензии о некачественном оказании услуг по настоящему договору.

5.8. Пациент подтверждает свое согласие на проведение фотосъемки его изображения, видеонаблюдения в Клинике и на ее территории. Пациент согласен с тем, что материалы, изображения, полученные (зафиксированные данные) при помощи видеокамер, фотоаппаратуры, о состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, а также в ходе консультаций врачей, могут быть использованы сотрудниками Клиники для исполнения своих должностных и трудовых обязанностей. Пациент при подписании настоящего договора подтверждает, что проведение видеонаблюдения, фотосъемки и фиксации данных не влечет нарушения его права на частную жизнь.

5.9. При использовании материалов, полученных в результате фотосъемки, видеонаблюдения, Исполнитель обязуется соблюдать режим врачебной тайны и обеспечивать защиту персональных данных. Предоставление материалов третьим лицам, полученных при помощи фотосъемки, видеокамер, возможно по мотивированному запросу уполномоченных органов, осуществляющих надзорные и контрольные функции по отношению к Исполнителю, а также иным органам в соответствии с ч.4 п.13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

6. ПОЛОЖЕНИЯ О ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ

6.1. Личные данные о Пациентах и информация о медицинских услугах относятся к категории персональных данных. Вопросы, связанные с обработкой персональных данных, регулируются в соответствии с нормами Федерального Закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных».

6.2. Сведения о факте обращения Пациента за получением медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

6.3. Заключая настоящий договор, Заказчик / Пациент дает свое согласие Исполнителю на обработку персональных данных.

Перечень обрабатываемых персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения, адрес фактического проживания, адрес регистрации, пол, гражданство, контактные телефоны, данные документа, удостоверяющего личность, СНИЛС, адрес электронной почты, должность, место работы, сведения о состоянии здоровья, составляющие врачебную тайну, сведения о заболеваниях, случаи обращения за медицинской помощью, результаты анализов/исследований, фото-видео изображение.

Целью обработки персональных данных является: в медико-профилактических целях в соответствии с требованием законодательства, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг; исполнение обязательств и оказание услуг, связанных с исполнением договора оказания медицинских услуг; получение информации в электронной форме по каналам связи сети Интернет (отправка результатов анализов/исследований по электронной почте); получение уведомлений о готовности результатов анализов/исследований пациента по электронной почте, мессенджерам и СМС-сообщением по номеру телефона; получение рекламно-информационных материалов, в том числе предложений о скидках и акциях.

6.4. Информация, относящаяся к врачебной тайне, может быть предоставлена родственникам и иным лицам (представителям) с согласия Пациента или его законного представителя.

6.5. Согласие Пациента на предоставление сведений, отнесенных к врачебной тайне, третьим лицам оформляется непосредственно в Клинике в присутствии сотрудников. Документы, составленные в иных организациях, не являются основанием для предоставления сведений, за исключением нотариального удостоверения подписи Пациента.

6.6. Помимо оснований, указанных в п. 6.4. настоящего договора, информация, составляющая врачебную тайну, может быть предоставлена без согласия Пациента или его законного представителя в случаях,

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕИСПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

7.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств по Договору стороны несут ответственность, предусмотренную настоящим Договором и действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. В случае, если проводимое стационарное лечение не соответствует порядку оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, что привело к повторной операции или дополнительному пребыванию в стационаре Клиники, Пациент не оплачивает расходы по повторной операции в случае подтверждения вины Исполнителя в некачественном стационарном лечении.

7.3. Пациент вправе предъявлять обоснованные требования в соответствии с законодательством Российской Федерации: о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением Исполнителем условий Договора; о возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни; о компенсации за причинение морального вреда.

7.4. При нарушении Пациентом сроков оплаты стоимости услуг по настоящему Договору, Пациент обязуется уплатить Клинике пени в размере 0.5 % от полной стоимости, указанной в п. 3.3. настоящего договора, за каждый день просрочки платежа.

За нарушение иных условий договора Пациентом, он возмещает Клинике сумму в размере причиненных убытков, включающих, но не ограничивающихся, фактически понесенными расходами Клиники.

7.5. В случае, когда невозможность оказания медицинских услуг возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Пациент возмещает Клинике фактически произведенные расходы, связанные с медицинской услугой, исходя из планируемого лечения.

7.6. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств по Договору, если такое неисполнение или ненадлежащее исполнение вызвано нарушением Пациентом обязательств по настоящему договору или наступлением обстоятельств, указанных в п. 4.2.1 настоящего договора.

7.7. В случае предоставления недостоверной информации в соответствии с п. 4.3.1. - 4.3.3. Исполнитель не несет ответственность за последствия, выражающиеся в появлении у Пациента непосредственно после оказания медицинских услуг Клиникой побочных эффектов и/или осложнений.

7.8. При применении норм об очередности погашения требований следует исходить из того, что проценты, предусмотренные за неисполнение или просрочку исполнения денежного обязательства, погашаются после оплаты суммы основного долга.

7.9. Стороны договорились о соблюдении следующего порядка рассмотрения претензий Пациента к качеству оказанных медицинских услуг в случае их предъявления Исполнителю: при поступлении претензии Исполнитель организует проведение врачебной комиссии в установленном законом порядке. Ответ на претензию направляется Пациенту на основании решения врачебной комиссии в установленные законом сроки.

7.10. В случае нарушения Пациентом обязательств по оплате стоимости оказанных медицинских услуг по настоящему Договору, Исполнитель уведомляет Пациента о задолженности по оплате услуг по настоящему Договору. Датой уведомления считается дата вручения уведомления Пациенту или его Представителю на 5 (пятый) календарный день с момента поступления почтовой корреспонденции в отделение почтовой связи по адресу регистрации Пациента, указанному в п. 11 настоящего Договора.

7.11. По истечении 5 дней с момента уведомления Пациента или лица, указанного в п. 7.10, при неисполнении обязательств в полном объеме, Исполнитель имеет право обратиться с требованиями в суд.

8. ФОРС-МАЖОР

8.1. Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение любой из своих обязанностей по Договору, если неисполнение будет являться последствием таких обстоятельств, как наводнение, пожар, землетрясение и другие стихийные бедствия, решения высших законодательных и исполнительных органов, забастовки и иные социальные волнения, война или военные действия, возникшие после заключения договора и препятствующие исполнению настоящего Договора.

8.2. Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на невыполнение обязательства в срок, установленный в настоящем Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

8.3. Сторона, для которой создавалась невозможность исполнения обязательства, обязана немедленно, с момента возникновения таковых, в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия или прекращении вышеуказанных обстоятельств. Факты, изложенные в уведомлении, при необходимости должны быть подтверждены компетентным государственным органом.

8.4. Не уведомление или несвоевременное уведомление лишает Сторону права ссылаться на любые вышеуказанные обстоятельства как на основание, освобождающее от ответственности за неисполнение обязательства.

8.5. Если невозможность полного или частичного исполнения обязательства одной из Сторон будет

существовать свыше двух месяцев, другая Сторона будет иметь право расторгнуть настоящий Договор полностью или частично без обязанности по возмещению возможных убытков.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты подписания его обеими Сторонами и действует до полного выполнения Сторонами взятых на себя обязательств.

9.2. Исполнитель вправе не приступать к оказанию медицинских услуг по настоящему Договору до момента исполнения Пациентом обязательств по:

9.2.1. передаче подписанного Договора;

9.2.2. передаче документов согласно п.п. 4.3.1- 4.3.2 настоящего Договора;

9.2.3. исполнению обязательств по оплате в соответствии с п.3.3. настоящего Договора.

9.3. Настоящий Договор может быть досрочно расторгнут по инициативе Исполнителя в одностороннем порядке:

- в связи с действиями (бездействием) Пациента, которые фактически препятствуют оказанию медицинских услуг, либо делают невозможным их предоставление качественно, своевременно или в полном объеме;

- при нарушении Пациентом Правил внутреннего распорядка Клиники и при наличии обстоятельств, указанных в п.9.2. или 7.10. настоящего Договора;

- в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

9.4. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Пациент оплачивает Исполнителю все расходы, которые понес Исполнитель для оказания Пациенту соответствующих медицинских услуг.

9.5. Во всех случаях расторжения Договора Стороны обязаны произвести выверку взаиморасчетов.

10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

10.1. Стороны подтверждают, что при заключении настоящего договора Пациенту предоставлена полная информация в доступной для понимания форме о тех медицинских услугах, которые будут предоставлены в соответствии с настоящим договором.

10.2. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны будут руководствоваться действующим в Российской Федерации законодательством. Все понятия, используемые в настоящем Договоре, трактуются в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны, здоровья граждан в Российской Федерации».

10.3. Изменения и дополнения к настоящему Договору действительны, если они совершены в письменной форме и подписаны сторонами или их уполномоченными представителями.

10.4. Все уведомления и сообщения, направляемые в связи с изменением настоящего Договора, должны быть совершены в письменной форме.

10.5. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон. В соответствии с п.2 ст.160 ГК РФ при подписании настоящего Договора и приложений к нему со стороны Исполнителя может быть использовано факсимильное воспроизведение подписи.

10.6. Приложения, в т.ч. изложенные в настоящем пункте, которые обе стороны подписали являются неотъемлемой частью настоящего Договора:

1. Приложение № 1 «Перечень платных медицинских услуг»;

2. Приложение № 2 «Правила внутреннего распорядка для Пациентов Клиники»;

3. Приложение № 3 «Информированное добровольное согласие на хирургическое вмешательство»;

4. Приложение № 4 «Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства»;

5. Приложение № 5 «Информированное добровольное согласие на переливание донорской крови и её компонентов»;

6. Приложение № 6 «Согласие на обработку персональных данных»

7. Приложение №7 «Согласие/отказ на передачу персональных данных в ЕГИСЗ»

8. Приложение №8 «Иные информированные добровольные согласия на медицинские услуги, согласованные сторонами».

11. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО "Селин Медикал Групп"

Юридический и фактический адрес:

БИК: 044525411, Р/с: 40702810526000000687, К/с:

30101810145250000411, КПП: 770201001,

ИНН: 7703445101, ФИЛИАЛ «ЦЕНТРАЛЬНЫЙ»

Потребитель:

ФИО: _____

Дата рождения: _____

БАНКА ВТБ (ПАО) Г.МОСКВА
Юридический адрес: 129090, Москва,
Протопоповский пер., д. 19, стр. 13, эт. 4, комн.11
Фактический адрес: 119021, г. Москва, ул. Тимура
Фрунзе, д. 11, стр. 15, тел.: 8 (499) 499-26-26,
эл. почта: info@selineclinic.ru

Паспорт: _____

Выдан: _____

Зарегистрирован: _____

Проживает: _____

Контакт. телефон: _____

Генеральный директор:

_____ / А.М. Климов

_____ / подпись /расшифровка

Перечень платных медицинских услуг

<i>№</i>	<i>Код услуги</i>	<i>Наименование услуги</i>	<i>цена</i>	<i>количество</i>	<i>Сумма, руб.</i>

Сумма:

Правила внутреннего распорядка для пациентов клиники ООО «Селин Медикал Групп»

1. Общие положения.

1.1. Правила внутреннего распорядка для пациентов клиники ООО «Селин Медикал Групп» (далее по тексту - Правила) являются организационным правовым документом, регламентирующим, в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере здравоохранения поведение пациентов в период посещения ими ООО «Селин Медикал Групп» (далее по тексту - Клиника), а также иные вопросы, возникающие между участниками правоотношений — Пациентом (его представителем) и Клиникой.

1.2. Настоящие Правила являются обязательными для персонала, пациентов, а также иных лиц, обратившихся в Клинику, и разработаны в целях соблюдения, предусмотренных законодательством прав Пациента и создание наиболее благоприятных возможностей для оказания Пациенту своевременной медицинской помощи надлежащего качества в полном объеме.

1.3. Правила внутреннего распорядка являются общедоступными и размещаются на официальном сайте и на информационном стенде в холле Клиники.

2. Порядок обращения, права и обязанности пациента.

2.1. При обращении за медицинскими услугами **Пациент имеет право на:**

- уважительное и гуманное отношение со стороны медицинских работников и других сотрудников, участвующих в предоставлении медицинских услуг;
- информацию о фамилии, имени, отчестве, должности и квалификации его лечащего врача и других лиц, участвующих в предоставлении ему медицинских услуг;
- обследование, лечение и нахождение в Клинике в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим и противоэпидемическим требованиям;
- на выбор лечащего врача, при его согласии и с разрешения директора Клиники;
- добровольное информированное согласие пациента на медицинское вмешательство в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- на отказ от оказания (прекращение) медицинской помощи;
- обращение в установленном в Клинике порядке с жалобой к должностным лицам, а также руководству Клиники, должностным лицам государственных органов или в суд;
- сохранение медицинскими работниками в тайне информации о факте его обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе, иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, за исключением случаев, предусмотренных законодательством;
- получение в доступной для него форме полной информации о состоянии его здоровья, применяемых методах диагностики и лечения, а также на выбор лиц, которым может быть передана информация о его здоровье.

2.2. При обращении за медицинскими услугами в Клинику Пациент обязан:

2.2.1. Соблюдать:

- внутренний распорядок и санитарно-противоэпидемический режим (вход в Клинику только в сменной обуви или бахилах, верхняя одежда должна быть оставлена в гардеробе);
- тишину, чистоту и порядок;
- требования пожарной безопасности. При обнаружении источника пожара, иных источников, угрожающих общественной безопасности, немедленно сообщить сотрудникам Клиники.

2.2.2. При первичном посещении Клиники предъявить паспорт или другие документы, удостоверяющие его личность для заключения Договора на оказание платных медицинских услуг в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

2.2.3. При первичном посещении прийти в Клинику за 25 минут до начала приема. Этот период времени необходим для заключения договора и заполнения всей необходимой медицинской документации (добровольного информированного согласия на виды медицинских вмешательств, согласия на обработку персональных данных, анкеты пациента).

2.2.4. Предоставить полную и реальную информацию о состоянии своего здоровья медицинским сотрудникам, принимающим участие в процессе лечения.

2.2.5. Сообщать о любых непредвиденных ситуациях, сложившихся в процессе лечения.

2.2.6. Своевременно информировать администратора Клиники о всех изменениях своих персональных данных (имени, фамилии, адресе, телефоне).

2.2.7. Своевременно информировать администратора Клиники в случае невозможного посещения приема врача в назначенное время.

2.2.8. Производить полную и своевременную оплату услуг.

2.2.9. Уважительно относиться к медицинскому персоналу и сотрудникам Клиники, проявлять вежливое, толерантное и доброжелательное отношение к другим пациентам.

2.2.10. Бережно относиться к имуществу Клиники.

2.3. При нахождении в Клинике пациенту ЗАПРЕЩЕНО:

- находится в верхней одежде без сменной обуви (бахил);
- иметь при себе предметы и средства, представляющие угрозу для окружающих;
- вести громкие разговоры, в том числе по мобильному телефону;
- курить, в т.ч. электронные сигареты, в помещении Клиники, а также на всей прилегающей к Клинике территории;
- распивать спиртные напитки, принимать принесенную с собой пищу;
- приходить на прием с животными;
- самовольно покидать стационар клиники;
- находиться в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, за исключением случаев оказания неотложной помощи;
- использовать служебные телефоны, копировальную технику в личных целях;
- приводить посетителей в стационар или находиться в служебных помещениях Клиники без разрешения сотрудников Клиники;
- выносить из Клиники имущество и документы, полученные для ознакомления без разрешения сотрудников Клиники, а также инвентарь, мебель, средства личной гигиены (туалетные принадлежности, махровый халат, полотенце, постельное белье), принадлежащие Исполнителю;
- после ознакомления изымать документы из медицинских карт, со стендов, папок информационных стендов без разрешения сотрудников Клиники;
- размещать объявления любого характера в помещениях Клиники;
- производить фото- и видеосъемку внутри Клиники без разрешения сотрудников Клиники.

2. 4. Порядок разрешения конфликтных ситуаций между Пациентом и Клиникой:

В случае нарушения прав пациента, он (его законный представитель) может обратиться с жалобой, согласно порядку обращения Пациента, установленному руководством Клиники, а также, в вышестоящую организацию, страховую компанию или в суд в порядке, установленном действующим законодательством.

3. Ответственность.

3.1. За нарушение правил внутреннего распорядка, правил санитарно-противоэпидемического режима и санитарно-гигиенических норм Пациент (посетитель) может быть привлечен к административной и гражданской ответственности в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

3.2. **За повреждение и уничтожение имущества клиники, Клиника вправе взыскать с Пациента стоимость причиненного ущерба. За курение в отделении пластической хирургии Клиника вправе взыскать с Пациента стоимость дезодорационных работ в размере 50 000 (пятьдесят тысяч) рублей.**

3.3. За нарушение правил внутреннего распорядка Клиники нарушителю (Пациенту, посетителю) может быть отказано в предоставлении медицинских услуг в соответствии с:

- Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Законом Российской Федерации от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности»;
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

Пациент: _____

Подпись пациента: _____

Информированное добровольное согласие

г. Москва

Дата: 3 июня 2025 г.

Я, Тест Арнольд Петрович, _____ г. рождения,
зарегистрированный (-ая) по адресу: _____
в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны
здоровья граждан в Российской Федерации" даю и настоящим подтверждаю, что по собственной
воле, осознанно и самостоятельно, а не под влиянием обмана, стечения тяжелых обстоятельств,
угроз, насилия, добровольно соглашаюсь **на оперативное (медицинское) вмешательство**

которое будет проводиться в отделении хирургии ООО «Селин Медикал Групп» (ОГРН 1187746315382) по
адресу: 119021, г. Москва, ул. Тимура Фрунзе, д. 11, стр. 15. врачом:

(квалификация, ФИО - полностью)

1. Перед проведением вышеуказанной процедуры я в максимально полном объеме сообщил(а) врачу
информацию о себе и состоянии моего здоровья, а именно:

- о наличии/ отсутствии хронических заболеваний:

(нужное подчеркнуть, при наличии указать)

- о принимаемых лекарственных препаратах:

(при наличии указать)

- о проведении подобного(аналогичного) оперативного (медицинского) вмешательства ранее и его результатах:

(при наличии указать)

2. Мне в доступной форме, предоставлена информация:

2.1. О состоянии моего здоровья, а именно:

- о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего состояния согласно
установленному диагнозу в соответствии с МКБ-10;
- о результатах лечения и обследований, проведенных до настоящего момента.

2.2. О предстоящем оперативном(медицинском) вмешательстве:

- о этапах проведения оперативного вмешательства и об ожидаемых результатах;
- о возможных последствиях и осложнениях, вовремя и после оперативного вмешательства;
- о действии применяемых медикаментов;
- обо всех возможных вариантах оперативного (медицинского) вмешательства, альтернативных
видах и методах лечения и о наличии показаний к их проведению;
- о прогнозе и методах дальнейшего лечения, о необходимости и целесообразности
приема(применения) в дальнейшем тех или иных лекарственных препаратов.

2.3. О рекомендациях в послеоперационный период и требованиях по их обязательному
соблюдению с моей стороны.

2.4. Мне отдельно разъяснено, что проведение данного вмешательства в условиях ухудшения
эпидемиологической обстановки на момент оказания услуги по договору представляет риск
неблагоприятного исхода. Подписью настоящего договора я подтверждаю, что желаю провести
операцию, не дожидаясь окончания неблагоприятной эпидемиологической обстановки, и беру на себя
 всю ответственность за данное решение. 3. Я в полной мере понимаю и оцениваю необходимость
проведения, указанного выше медицинского вмешательства и предупрежден(-а) о возможных
побочных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и
связанных с ними рисках, включая не зависящие от соблюдения применяемой технологии (т.е. о
непреднамеренном причинении вреда здоровью).

4. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от процедуры до момента начала её проведения.

5. Мне в достаточной мере было предоставлено время для обдумывания и принятия
окончательного решения по вопросу проведения оперативного(медицинского) вмешательства.

6. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие
ответы от лечащего врача.

7. Получив от лечащего врача полную и исчерпывающую информацию об

оперативном(медицинском) вмешательстве, возможных последствиях и осложнениях в связи с ним, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно заявляю и принимаю решение о проведении оперативного (медицинского вмешательства). Я осознаю, что проводимая процедура не гарантирует достижения 100 % (сто процентного) ожидаемого мной результата. Что вопрос об оценке результата является субъективным и всегда относительным. Для объективной оценки требуется экспертная комиссия специалистов данного профиля, имеющая соответствующие полномочия. Я понимаю и соглашаюсь, что несмотря на то, что врач согласовал со мной все детали предстоящей операции, конечный результат может визуально отличаться от моих ожиданий и субъективная эстетическая оценка не может быть основанием для претензий.

8. В случае возникновения необходимости в проведении дополнительных вмешательств, добровольно даю согласие на их проведение, в том числе хирургических манипуляций и операций. Мне разъяснено, что в случаях, когда мое состояние не позволит мне выразить свою волю, а необходимость проведения лечения будет неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве, о его виде и тактике проведения, в т. ч. о дополнительном вмешательстве, в моих интересах решает консилиум, а при невозможности получения решения консилиума – непосредственно оперирующий и/или дежурный врач с последующим уведомлением должностных лиц медицинского центра ООО «Селин Медикал Групп», а при необходимости – законных представителей.

9. Не возражаю против записи оперативного (медицинского) вмешательства на информационные носители, демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны, а также фотосъемки в до - и послеоперационный период для надлежащего оформления медицинской документации.

10. Я обязуюсь:

- соблюдать рекомендации лечащего врача, в том числе указанные в выписном эпикризе;
- немедленно информировать медицинский персонал ООО «Селин Медикал Групп» в случае возникновения любых отклонений от обычного послеоперационного течения (кровоточивость, чувство распирания, нарастающая болезненность в послеоперационной зоне, изменение общего самочувствия)
- соблюдать режим пребывания в стационаре;

11. Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, гражданам:

Ф.И.О. Пациента: Тест Арнольд Петрович

Подпись пациента: _____

Дата: 3 июня 2025 г.

Я подтверждаю, что в полном объеме разъяснил пациенту суть, ход выполнения оперативного (медицинского) вмешательства его результаты и возможные негативные последствия, требования и рекомендации для пациента, а также ответил на все заданные вопросы.

Врач: _____ / _____ /
(Ф.И.О.) (подпись)

Дата: 3 июня 2025 г.

В случае если пациент отказался от проведения процедуры до начала её проведения, стоимость процедуры подлежит возврату в порядке предусмотренном законодательством РФ, за вычетом затрат и расходов понесенных Клиникой в связи с запланированным оперативным вмешательством.

**Информированное добровольное согласие
на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства**

г. Москва

3 июня 2025 г.

Я, Тест Арнольд Петрович, _____ г. рождения
зарегистрированный (-ая) по адресу: _____

находясь на лечении/ обследовании (ненужное зачеркнуть), в отделении

ХИРУРГИИ

(название отделения, номер палаты)

медицинского центра Общества с ограниченной ответственностью «Селин Медикал Групп» и в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по собственной воле, а не под влиянием обмана, стечения тяжелых обстоятельств, угроз, насилия осознанно и самостоятельно обращаюсь с заявлением о проведении мне операции, которая сопровождается необходимостью применения анестезиологического пособия

(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

- Я поставил (-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (-а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
 - Я информирован (-а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения;
 - Я предупрежден (-а) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода;
 - Мне разъяснено, и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению;
 - Содержание и результат анестезиологического пособия, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов мне полностью объяснены, и я их полностью понял(-а).
 - Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения об особенностях метода, которые не зависят от качества, оказываемых мне медицинских услуг:
 - возможность изменения тактики и метода обезболивания при изменении моего состояния и/или течения операции;
 - возможность развития аллергических реакций на применяемые препараты;
 - возможность введения, в случае необходимости, дополнительных средств мониторинга: центральных катетеров, мочевого катетера, термодатчиков и др.;
 - сонливость и нарушение концентрации внимания, тошнота и рвота, головная боль, боль в области операционного вмешательства в послеоперационном периоде;
 - временная проходящая частичная потеря голоса при интубационном наркозе;
 - временная проходящая частичная или полная потеря подвижности конечностей при эпидуральной или спинальной анестезии;
 - несмотря на всестороннюю профилактику осложнений, осуществляемую анестезиологическим персоналом, с целью свести риск их появления к минимуму, вовремя и после операции возможно развитие общехирургических осложнений (кровотечение, тромбоз, тромбоз, а также специфических осложнений, характерных для данного вида анестезиологического пособия.
- В редких случаях для ликвидации осложнений может потребоваться операция.
- Я предупрежден(-а) о том, что нарушение рекомендаций анестезиолога ставит под сомнение получение запланированного результата лечения и проведения анестезиологического пособия. А именно:
 - прекращение приема твердой пищи за 6-8 часов, жидкой за 4 часа, воды за 2 часа до предполагаемого времени наркоза. Исключение составляют случаи приема ограниченного количества воды для приема лекарств или случаи, особо обговоренные с анестезиологом;

- прекращение приема препаратов, влияющих на свертываемость крови за 7-10 дней до запланированного результата лечения и проведения анестезиологического пособия.

• Мне разъяснено, и я понимаю необходимость нахождения в стационаре клиники в течение всего рекомендуемого времени.

• Я информирован(-а) о том, что мне не рекомендовано управлять транспортным средством в течение 48 часов после операции.

• Я информирован(-а) о том, что нарушение мной этих рекомендаций может негативно сказаться на результате лечения и моем самочувствии.

• Я подтверждаю, что врач и персонал приложили все усилия, чтобы разъяснить все особенности проводимого лечения и его особенностей.

• Я удостоверяю, что ознакомилась(-ся) с приведенной выше информацией, что полученные мной объяснения меня полностью удовлетворяют и, что я полностью понимаю назначение данного документа, и подтверждаю свое согласие на проведение анестезиологического пособия.

О последствиях _____

(возможных осложнениях при выполнении анестезии)

и связанных с ними риском информирован(на) врачом анестезиологом/ анестезиологом-реаниматологом:

(фамилия, имя, отчество врача анестезиолога/ анестезиолога-реаниматолога)

• Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, гражданам: _____.

Дата: 3 июня 2025 г.

ФИО пациента: Тест Арнольд Петрович

Подпись пациента: _____

Я свидетельствую, что разъяснил пациенту(ке) суть и возможные последствия процедур и манипуляций, о чем пациент(ка)расписался(ась) в моем присутствии.

Врач:

(подпись)

(должность, Фамилия И.О.)

Примечание:

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос об анестезиологическом обеспечении при проведении медицинского вмешательства в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно врач анестезиолог и/или анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Подпись пациента: _____ Подпись врача: _____.

(должность, Фамилия И.О.)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____ / _____ /

Должность, Ф.И.О. и подпись _____ / _____ /

Должность, Ф.И.О. и подпись _____ / _____ /

**Информированное добровольное согласие
на переливание донорской крови и её компонентов**

г. Москва

3 июня 2025 г.

Я, Тест Арнольд Петрович, 20.05.1964 г. рождения

зарегистрированный (-ая) по адресу: 142050, Московская обл., г. Домодедово, ул. Свободы (Белые Столбы мкр.), д. 5, кв. 123

получая платную медицинскую услугу по оперативному вмешательству _____ в стационарном отделении Общества с ограниченной ответственностью «Селин Медикал Групп», далее - Клиника, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и ст.14 Федерального закона от 20.07.2012 N 125-ФЗ (ред. от 25.12.2023) "О донорстве крови и ее компонентов" по собственной воле, осознанно и самостоятельно обращаюсь с заявлением о проведении мне по жизненным показаниям гемотрансфузии (переливание крови или её компонентов) в любом необходимом по назначению моего лечащего врача количестве, возможно с привлечением по договору третьих лиц, ответственность за действия которых в полном объеме несет Клиника.

Настоящим я доверяю врачу-специалисту _____, (Фамилия, Имя, Отчество врача) именуемому в дальнейшем – Врач, и его коллегам в случае необходимости выполнять все необходимые мне медицинские вмешательства и манипуляции (обеспечение венозного доступа, введение компонентов донорской крови, лекарственных средств и инфузионных растворов в любом необходимом количестве)

Я подтверждаю, что получил(-а) разъяснения по проведению переливания крови и/или ее компонентов.

- Я информирован(-а) о целях, характере, особенностях и методах оказания данного вида медицинского вмешательства и риском осложнений трансфузии: возможном развитии неприятных болевых ощущений при обеспечении венозного доступа; инфекционной опасности (передача гемотрансмиссивных инфекций: ВИЧ-инфекция, сифилис, вирусные гепатиты В,С, и др.); тромбозе, эмболии; развитие воспалительных или аллергических реакций (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок); осложнений, связанных с несовместимостью переливаемых компонентов донорской крови (острый гемолиз, отек легких, острая лёгочная недостаточность, острая почечная недостаточность, реакция реципиента «трансплантат против хозяина» и др.). В случае возникновения реакций и осложнений мне будет оказана необходимая медицинская помощь.

- Я ознакомлен(а) и согласен(на) с возможным изменением медикаментозной терапии в случае непереносимости мною тех или иных компонентов донорской крови, требующего коррекции тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов, инфузионных растворов и других методов лечения, которые могут быть назначены моим лечащим врачом или врачами-консультантами.

- Мне сообщено, что компоненты донорской крови исследуют с помощью сертифицированных тест-систем на группу крови по системе АВ0, резус-фактор, фенотип антигенов эритроцитов, антиген К системы Келл, аллоимунные антитела, на антитела к вирусу гепатита С и В (HBsAg, анти-HBs), антитела к вирусам иммунодефицита человека (ВИЧ-1, ВИЧ-2), антитела к возбудителю сифилиса, наличие нуклеиновых кислот (РНК, ДНК) вирусов иммунодефицита человека и гепатитов В и С.

- Мне объяснено, что перед трансфузией (переливанием) будет определена группа моей крови по системе АВ0 и резус-фактор с использованием зарегистрированных в Российской Федерации технологий, а также будут проведены все необходимые пробы на совместимость по групповой и резус-принадлежности реципиентной и донорской крови.

- Мне объяснено, что во время проведения трансфузии с целью профилактики вышеизложенных осложнений, будет проводиться постоянный мониторинг витальных функций (ЧД, ЧСС, А/Д, SpO2, диурез), а при необходимости лабораторный контроль.

- Мне разъяснено, что в случае развития какого-либо из перечисленных осложнений, может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, исследований, операций, я доверяю Врачу и его коллегам принять соответствующее профессиональное решение и выполнить действия, которые Врач сочтет необходимыми для устранения возможных осложнений в интересах моего здоровья. • Я извещен(-а) о возможности отказа от данного вида медицинского вмешательства и о вероятном течении заболевания, возможном ухудшении состояния моего здоровья при отказе от проведения переливания крови и/или ее компонентов, вплоть до летального исхода.

- Я получил(-а) информацию об альтернативных методах лечения и об их стоимости.

- Я имел(а) возможность задать любые интересующие вопросы касательно состояния здоровья, заболевания и предстоящего лечения и получил(-а) на них исчерпывающие ответы.

- Я поставил(-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах.

- Я подтверждаю, что все сведения, которые сообщил(-а) лечащему врачу о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, являются точными и верными.

- Я прочитал(-а) и понял(-а) все вышеизложенное и выражаю свое согласие на оказание мне данного вида медицинских услуг в случае необходимости.

- Я добровольно даю согласие, при наличии медицинских показаний, на проведение гемотрансфузии (переливание крови и её компонентов) в период оперативного медицинского вмешательства и/или стационарного лечения в сроки, количестве и объеме, определяемых лечащим врачом.
- Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства - трансфузию (переливание) компонентов донорской крови.
- Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

(Фамилия, Имя, Отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(Фамилия, Имя, Отчество (при наличии) пациента, контактный телефон)

Ф.И.О. пациента: Тест Арнольд Петрович

Подпись пациента: _____

3 июня 2025 г.

Я свидетельствую, что разъяснил пациенту (пациентке) суть и возможные последствия процедур и манипуляций, о чем пациент (пациентка) расписался (расписалась) в моем присутствии.

Врач: _____
(подпись) (должность, Фамилия И.О.)

Примечание:

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о переливании крови при проведении медицинского вмешательства в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно врач анестезиолог и/или анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Ф.И.О. пациента: Тест Арнольд Петрович

Подпись пациента: _____

3 июня 2025 г.

Расписался в моем присутствии: _____

Врач: _____
(подпись) (должность, Фамилия И.О.)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____ / _____ /

Должность, Ф.И.О. и подпись _____ / _____ /

Должность, Ф.И.О. и подпись _____ / _____ /

Согласие пациента на обработку персональных данных

г. Москва

дата

Я, _____, _____ г. рождения,

Адрес регистрации: _____

Паспортные данные: _____

Адрес электронной почты: _____

Номер мобильного телефона: _____

свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие медицинской организации ООО «Селин Медикал Групп», ОГРН 1187746315382, ИНН 7703445101, адрес: 119021, г. Москва, ул. Тимура Фрунзе, д. 11, стр. 15, <https://seline.ru/> (далее – Оператор), на обработку моих персональных данных, включающих:

фамилию, имя, отчество (последнее — при наличии), пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, номера телефонов для связи, адрес электронной почты (при наличии), место жительства, место регистрации, дату регистрации, состав семьи и данные о родственниках, образование, занимаемая должность, место работы, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС),

в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных: данных об оказании медицинских услуг, о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях и иная информация, полученная при моем обследовании и лечении)

а также фото/видео изображение физического лица (субъекта персональных данных, указанного в настоящем согласии), аудиозапись его голоса и видеозапись оказания ему в ООО «Селин Медикал Групп» медицинских услуг.

Указанные персональные данные предоставляю для обработки в следующих целях:

- 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;

- осуществления передачи результатов медицинских исследований (лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований) на адрес электронной почты (e-mail), указанный мной в соответствующем запросе, при его подаче и наличии технологической возможности;

- для обеспечения сервиса напоминания о приеме Пациента у врача с помощью смс-сообщения, сообщений в мессенджерах, телефонных звонков или по электронной почте;

- Обработка данных о моем здоровье и биометрических данных может осуществляться в целях обеспечения безопасности сотрудников медицинской организации и моей безопасности; в целях рассмотрения конфликтов, стороной которых я являюсь; в целях проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи, оказываемой мне.

- реализации Оператором своих полномочий и выполнения своих обязанностей, обязательств и компетенций, определенных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также иными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации и города Москвы.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными (лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе в электронном виде, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения, а также другим медицинским организациям в случае необходимости их привлечения для оказания отдельных видов медицинских услуг.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну неавтоматизированным и автоматизированным способами, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа;

Обмен персональными данными между сотрудниками Оператора осуществляется по внутренней сети, которая обеспечивает доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников.

Передавать сведения, составляющие врачебную тайну, следующими способами:

- ☐ лично
- ☐ заказным письмом
- ☐ по электронной почте

Мне разъяснено, что Медицинские организации не могут гарантировать и не гарантируют доставку электронных сообщений на указанный выше адрес электронной почты после их отправки Медицинскими организациями, и защищенность указанных сообщений от несанкционированного доступа третьих лиц. Медицинские организации не отвечают за последствия, обусловленные исполнением моей воли способом передачи сведений, составляющих врачебную тайну, по электронной почте.

☐ Я согласен на получение от ООО "Селин Медикал Групп" в лице: администраторов клиники, лечащего врача и иных уполномоченных сотрудников, электронных писем, СМС, телефонных звонков с целью информирования об оказываемых услугах, в том числе о подтверждении (отмене или изменении, напоминании) даты и времени записи на приём к врачу, о готовности результатов исследований.

☐ Я согласен на получение от ООО "Селин Медикал Групп" сообщений в рекламно-информационных целях об услугах (сервисах) Общества (*персональных бонусах и подарочных скидках, включая праздничные условия ко дню рождения; уведомления о новых процедурах, специальных условиях и индивидуальных предложениях, сформированных с учётом интересов пациента, о направлении информации о специальных предложениях по процедурам и курсам, о закрытых мероприятиях для пациентов Клиники*)

Информация может направляться посредством SMS-сообщений, электронных писем, сообщений в мессенджерах, а также телефонных звонков.

Я подтверждаю, что указанные в настоящем согласии сведения (в том числе номера мобильного телефона и адреса электронной почты) являются достоверными и принадлежат мне (используются мной).

Я подтверждаю, что ознакомлен со следующими своими правами: 1) на получение сведений об Операторе, о месте его нахождения, о наличии у Оператора персональных данных, относящихся к моим персональным данным, а также на ознакомление с такими персональными данными; 2) требовать от Оператора уточнения своих персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав; 3) на получение при обращении к Оператору с запросом информации, касающейся обработки своих персональных данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Я уведомлен(а) о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных (в том числе своего согласия о получении информации об услугах по e-mail, sms, телефону) путем подачи письменного заявления Оператору по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручить лично под подпись уполномоченному представителю Оператора.

В случае отзыва настоящего документа Оператор вправе продолжить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

(ФИО заявителя полностью)

(подпись заявителя)

**СОГЛАСИЕ на передачу персональных данных в ЕГИСЗ (отказ от передачи данных в
ЕГИСЗ)**

Я, _____
СНИЛС* _____ телефон _____
Документ, _____ удостоверяющий _____ личность: _____
выдан _____
адрес места регистрации (с индексом): _____
адрес электронной почты (при наличии) _____

Согласен / Отказываюсь от согласия (**выбранное подчеркнуть**)

на передачу ООО «Селин Медикал Групп» (ОГРН 1187746315382, ИНН 7703445101, КПП 770201001, юридический адрес: 129090, Москва, Протопоповский пер., д. 19, стр. 13, эт. 4, ком. 11, фактический адрес: 119021, г. Москва, ул. Тимура Фрунзе, д. 11, стр. 15, (далее – Оператор) в **единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (далее — ЕГИСЗ)** моих персональных данных включающих фамилию, имя, отчество, пол, гражданство, дату рождения, место жительства и место регистрации, контактный телефон, данные документа, удостоверяющего личность (паспорт, иной документ), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС)*, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, анамнезе, диагнозе и иные сведения федеральных информационных систем в сфере здравоохранения, федеральных баз данных и федеральных регистров в сфере здравоохранения, предусмотренные нормативными правовыми актами Российской Федерации в медико-профилактических целях и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом (оператором), профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, чьи должностные инструкции, функциональные обязанности или выполняемые обязанности, включают право на работу с персональными данными.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, в интересах моего обследования и лечения, обрабатывать и передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, посредством внесения их в электронную базу данных медицинской информационной системы ЕГИСЗ.

*В случае непредоставления пациентом номера своего СНИЛС, передача электронных данных в ЕГИСЗ будет невозможна.

При отказе от передачи данных в ЕГИСЗ дальнейших претензий к ООО «Селин Медикал Групп» (ОГРН 1187746315382, ИНН 7703445101), по передаче данных в ЕГИСЗ не имею.

Настоящий документ подписан мной на основании следующих нормативных актов:

- ст. 78 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».
- постановления Правительства от 09.02.2022 № 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения».
- Приказа Минздрава России от 07.09.2020 №947н «Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов».

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва либо на срок хранения документации, установленный действующим законодательством. Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменного заявления не менее, чем за 3 рабочих дня до даты отзыва согласия.

(дата)

(подпись)
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента
персональных данных полностью)