

_____, действующий(ая) от своего имени и в своих интересах, с одобрения и согласия законного представителя _____ (ФИО), далее именуемый(ая) «Потребитель», с одной стороны, и
Общество с ограниченной ответственностью «Клиника «Источник» (ООО «Клиника «Источник», лицензия на осуществление медицинской деятельности от 18.11.2020 рег. № Л041-01148-78/00358045 (№ по бланку ЛО-78-01-011276, срок действия: бессрочно, далее – Лицензия), выдана Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга, адрес: 191011, Санкт-Петербург, Центральный район, Малая Садовая ул., д. 1, телефон 8 (812) 595-89-79), далее именуемое «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании Доверенности от _____.20__ года, с другой стороны, заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель оказывает Потребителю платные медицинские услуги (далее – Услуги) согласно Лицензии и Прейскуранту Исполнителя (далее – Прейскурант), а Потребитель оплачивает Услуги в сроки и порядке, определённые Договором.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность согласно Лицензии: специализированная медпомощь - дневной стационар оказываются услуги: по акушерскому делу, акушерству и гинекологии (без / с ВРТ, искусственное прерывание беременности), аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, забору, криоконсервации и хранению половых клеток и тканей репродуктивных органов, их транспортировке, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, клинической фармакологии, неврологии, нефрологии, онкологии, операционному делу, пульмонологии, ревматологии, сестринскому делу, терапии, травматологии и ортопедии, урологии, эндокринологии, эндоскопии; при проведении медэкспертиз - качества медпомощи и временной нетрудоспособности; первичная доврачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, анестезиологии и реаниматологии, вакцинации (проведению профилактических прививок), медстатистике, операционному и сестринскому делу, физиотерапии, функциональной диагностике; первичная врачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профпрививок), организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии, управлению сестринской деятельностью; первичная медико-санитарная помощь в условиях дневного стационара по: организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии, управлению сестринской деятельностью; первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (без / с ВРТ, искусственное прерывание беременности), аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, генетике, дерматовенерологии, диетологии, забору, криоконсервации и хранению половых клеток и тканей репродуктивных органов, их транспортировке, кардиологии, КДЛ, колопроктологии, неврологии, нейрохирургии, нефрологии, онкологии, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, психотерапии, пульмонологии, ревматологии, сердечно-сосудистой хирургии, травматологии и ортопедии, УЗИ, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии; первичная медико-санитарная помощь в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (без / с ВРТ, искусственное прерывание беременности), аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, забору, криоконсервации и хранению половых клеток и тканей репродуктивных органов, их транспортировке, кардиологии, клинической фармакологии, неврологии, нефрологии, онкологии, пульмонологии, травматологии и ортопедии, урологии, эндокринологии, эндоскопии, др.

1.2. По Договору Потребитель является пациентом, заказчиком и плательщиком Услуг.

1.3. Услуги оказываются по адресу: 195009, Санкт-Петербург, пер. Финский, д. 4, лит. А, неж. пом. 7-Н, в порядке, утверждённом нормативными актами Российской Федерации (РФ), Министерством здравоохранения РФ (МЗ РФ) (стандарты, клинические рекомендации), локальными актами.

1.4. Потребитель подтверждает, что на момент подписания Договора Исполнитель посредством предоставления информации непосредственно Потребителю при его обращении к Исполнителю, размещения на сайте: <https://cispb.com/> и информационном стенде, установленном по адресу осуществления медицинской деятельности:

1.4.1. ознакомил его с Правилами предоставления платных медицинских услуг, Правилами внутреннего распорядка для пациентов и посетителей ООО «Клиника «Источник», Прейскурантом, Лицензией, проинформировал о подключении Клиники к ЕГИСЗ в рамках лицензионных требований (Постановление Правительства РФ от 09.02.2022 № 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения») и об её обязанности передавать структурированные электронные медицинские документы (СЭМДы) в РЭМД ЕГИСЗ после оказания Услуг Потребителю, об образовании и о квалификации медицинских работников, методах оказания Услуг, видах медицинского вмешательства, последствиях, рисках, ожидаемых результатах, об иных сведениях, относящихся к Договору и выбранной Потребителем Услуге;

1.4.2. информировал о возможности получения соответствующей медицинской помощи без взимания платы в рамках государственной и территориальной программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, программы иммунопрофилактики инфекционных болезней (далее – Программы). Настоящим Договором Потребитель подтверждает, что осознанно и добровольно сделал выбор в пользу платных Услуг и понимает, что их стоимость не подлежит возмещению за счет средств ОМС;

1.4.3. уведомил, что несоблюдение назначений (рекомендаций) специалистов Исполнителя могут снизить качество Услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

2. Условия, порядок и сроки оказания Услуг. Конфиденциальность

2.1. Перечень (объём), стоимость, сроки и порядок оплаты, условия, сроки оказания Услуг определяются Договором и/или дополнительными

2.2. Услуги оказываются после заключения Сторонами Договора, дополнительных соглашений к Договору, подписания информированного добровольного согласия (ИДС) на медицинское вмешательство и на обработку персональных данных (ПД). При отказе Потребителя дать согласие на обработку ПД / отзыва согласия, Исполнитель обрабатывает ПД Потребителя без его согласия в установленных законом рамках (в медико-профилактических целях, реализации Договора, др.). Услуги могут быть оказаны в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного МЗ РФ / по просьбе Потребителя - в объеме, превышающем объем стандарта/в виде отдельных консультаций (медицинских вмешательств, др.).

Обработка персональных данных Потребителя, не достигшего гражданской дееспособности (совершеннолетие, вступление в брак до 18 лет, вменасипация), производится с согласия Потребителя и письменного согласия его Законного представителя. ИДС на виды медицинских вмешательств и отказ от них до достижения Потребителем возраста 15 лет даёт Законный представитель, при достижении 15 лет - Потребитель.

2.3. Сроки, объём Услуг (назначение дополнительных Услуг) могут быть изменены путём оформления Дополнительного соглашения.

2.4. При назначении Потребителю дополнительного обследования, ответственность за его выполнение несет Потребитель, при отказе - лечащий врач вправе приостановить оказание Услуг из-за отсутствия необходимой для лечения информации.

2.5. После оказания Услуги Потребителю в сроки, установленные нормативными актами Минздрава России, выдаётся утверждённого образца медицинский документ / его копия (Справка/Заключение/Протокол исследования/Выписка, др.), без взимания дополнительной платы.

2.6. По желанию Потребителя при оказании Услуг может быть использован приобретённый им расходный медицинский материал, при условии подтверждения (кассовый чек, товарная накладная, др.) покупки у продавца, имеющего лицензию на фармацевтическую деятельность. Исполнитель не несет ответственность за качество предоставленного Потребителем расходного материала.

2.7. Информация в рамках Договора является конфиденциальной, не подлежит разглашению без письменного согласия каждой из Сторон, за исключением случаев, прямо предусмотренных законом. Исполнитель не несёт ответственность за распространение указанной информации, если Потребитель сам предоставил её третьим лицам/разместил в информационных источниках (СМИ, Интернет, др.).

3. Права и обязанности Сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. предоставлять Потребителю информацию об условиях и порядке оказания Услуг, о состоянии здоровья, результатах обследований, диагнозе, методах лечения, рисках, возможных последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, о сроках их годности, показаниях/противопоказаниях к применению;

3.1.2. соблюдать иные требования законодательства в сфере здравоохранения.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. отказать в Услуге / приостановить её оказание (при отсутствии угрозы для жизни Потребителя) / расторгнуть Договор при наличии следующих объективных оснований: 1) отказ Потребителя подписать: ИДС на медицинское вмешательство и/или обработку персональных данных, Договор, Дополнительное соглашение; 2) нахождение Потребителя в состоянии алкогольного/наркотического/токсического опьянения, нарушение Потребителем общественного порядка; 3) наличие у Потребителя противопоказаний к Услугам, нарушение Потребителем плана и режима лечения, невыполнение врачебных рекомендаций, необходимых для продолжения оказания Услуг; 4) наличие у Потребителя долга по оплате (до даты погашения. Исполнитель вправе взыскать неустойку в размере 1 % от общей суммы задолженности за каждый день просрочки); 5) наличие непреодолимых обстоятельств / технических причин (отключение электроэнергии, поломка оборудования, др.).

3.2.2. при опоздании Потребителя сократить время оказания Услуги на время опоздания, при этом стоимость Услуги не подлежит изменению; перенести дату и/или время оказания Услуги при опоздании Потребителя более чем на 10 минут к началу её оказания;

3.2.3. привлекать для оказания Потребителю Услуг третьих лиц, имеющих с Исполнителем договорные отношения.

3.3. Потребитель обязуется:

3.3.1. ознакомиться с порядком и условиями предоставления Услуг, Прейскурантом, Лицензией, предоставлять лечащему врачу достоверную информацию о здоровье, наличии противопоказаний, аллергий, хронических заболеваний; соблюдать Правила внутреннего распорядка для пациентов, режим лечения, выполнять назначения лечащего врача, сообщать лечащему врачу об ухудшении самочувствия;

3.3.2. подтвердить явку на приём способом, предложенным Исполнителем (ответить на телефонный звонок или подтвердить через ссылку в информационном сообщении Исполнителя). Потребитель согласен, что отсутствие с его стороны подтверждения явки на приём является для Исполнителя основанием для отмены его записи на приём. При изменении согласованных с Исполнителем даты и/или времени приёма / отмене приёма, не менее, чем за 2 (Два) часа до начала оказания Услуги известить об этом Исполнителя по телефону: +7(812) 317-78-78;

3.3.3. своевременно производить оплату Услуг; уведомлять Исполнителя об изменении сведений, указанных в п. 7.2 Договора.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. в доступной форме получать информацию, связанную с оказанием Услуг; отказаться от Услуг в установленном законом порядке;

3.4.2. на иные права, предусмотренные законодательством РФ.

4. Цена Договора. Стоимость Услуг. Порядок расчетов

4.1. Цена Договора складывается из стоимости Услуг, оказанных Потребителю в период срока действия Договора. Стоимость Услуг определяется действующим Прейскурантом и фиксируется в Дополнительном соглашении.

4.2. Оплату Услуг Потребитель производит наличным или безналичным способом после их оказания или на условиях 100% предоплаты. Оплата подтверждается документом (кассовый чек или бланк строгой отчетности), который выдаётся Потребителю.

4.3. Порядок оплаты Услуг после их оказания: 1) после подписания Дополнительного соглашения Потребителю выдаётся пластиковая карта для входа в зону оказания Услуг и выхода из неё через турникет; 2) до выхода из зоны оказания Услуг и для пересечения турникета Потребитель обязан оплатить оказанную ему Услугу; 3) при проблемах с оплатой Потребитель обязан обратиться к администратору для урегулирования ситуации (оформления гарантийного письма, др.). В любом случае Потребитель обязан оплатить долг в течение 3 дней от даты оказания Услуги.

5. Ответственность Сторон. Порядок разрешения споров

5.1. Ответственность Сторон, порядок возмещения: 1) вреда, причиненного жизни/здоровью Потребителя в результате некачественно оказанной Услуги, 2) ущерба, причиненного Потребителем имуществом Исполнителя, регулируются законодательством РФ.

5.2. Споры разрешаются путем переговоров / в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии - 10 дней со дня её получения, и может быть продлён Сторонами до 30 дней. При необходимости, Потребитель согласен на проведение Исполнителем экспертизы качества с привлечением сторонних экспертов. При неурегулировании спора, каждая из Сторон имеет право обратиться в суд.

5.3. Исполнитель не несет ответственность за сохранность личных вещей Потребителя, за исключением верхней одежды, сданной в гардероб, что подтверждается жетоном.

6. Порядок изменения и расторжения Договора. Заключительные положения

6.1. Любые изменения к Договору оформляются Дополнительными соглашениями, подписанными Сторонами.

6.2. Настоящий Договор расторгается: 1) по инициативе Потребителя по любым основаниям путём направления Исполнителю уведомления о расторжении Договора; 2) по инициативе Исполнителя по основаниям, предусмотренным Договором и/или законодательством РФ; 3) по соглашению Сторон и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

6.3. До расторжения Договора Потребитель возмещает Исполнителю фактически понесенные при исполнении Договора расходы и стоимость оказанных Услуг. При предоплате Услуг их стоимость возвращается Потребителю в течение 3 рабочих дней с даты расторжения Договора за вычетом стоимости оказанных Услуг и фактически понесенных Исполнителем расходов. Дополнительное соглашение о расторжении Договора не заключается. Датой расторжения Договора считается дата окончательного расчёта между Сторонами.

6.4. Потребителю предоставляется доступ к электронному личному кабинету на сайте: <https://cispb.com/> и в мобильном приложении qMS Mobile на условиях Пользовательского соглашения. Потребитель несёт ответственность за своевременное предоставление Исполнителю сведений об изменении номера своего мобильного телефона и за доступ к личному кабинету третьих лиц.

6.5. Электронная переписка имеет юридическую силу, если она велась Сторонами по адресам и телефонам, указанным в разд. 7 Договора.

6.6. Договор вступает в силу с даты его подписания Сторонами и действует до достижения Потребителем гражданской дееспособности либо до даты расторжения в установленном Договором и/или законодательством РФ порядке. Ранее заключенный Сторонами договор на оказание платных медицинских услуг прекращает свое действие с момента заключения настоящего Договора (при его наличии).

6.7. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

6.8. Договор заключен в 2 (Двух) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному - для каждой Стороны.

7. Юридические адреса, банковские реквизиты и подписи Сторон

7.1. Исполнитель

ООО «Клиника «Источник»

Юридический и почтовый адрес: 195009, Санкт-Петербург, переулок Финский, дом 4, литера А, неж. пом. 7-Н
ИНН 7448218838 КПП 780401001

ОГРН 1197456029385 (запись в ЕГРЮЛ
от 05.07.2019 г., Межрайонная инспекция Федеральной
налоговой службы № 15 по Санкт-Петербургу)

Банковские реквизиты: Р/с 40702810804000039494

Уральский филиал АО "Райффайзенбанк"

К/с 30101810100000000906 БИК 046577906

Тел.: +7(812) 317-78-78

E-mail: info@cispb.ru Сайт: cispb.com

(должность)

М.П.

Подпись

ФИО

7.2. Потребитель

(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения: __. __. ____ г. Паспорт: серия __ - № _____, выдан
_____. _____. ____ г.

Адрес регистрации: _____

Адрес места жительства и почтовый : _____

Тел.: _____ E-mail _____

С условиями Договора согласен, с документами (п.1.4.) ознакомлен,
оформленный экземпляр Договора получил,

Потребитель

Подпись

ФИО

Информированные добровольные согласия на обработку персональных данных

Я, _____ (ФИО полностью), (паспорт серии: _____ № _____, выдан: _____, дата выдачи: _____ г., номер телефона: _____, адрес электронной почты: _____@_____, адрес регистрации: _____, являясь **Законным представителем** несовершеннолетнего(ей) (от 14 до 18 лет) (недееспособного(ой)) _____ (ФИО полностью) (далее – **Потребитель**), адрес регистрации: _____, паспорт серии _____ № _____, выдан _____, дата выдачи _____ г.,

на основании п. 1 ст. 64 СК РФ / п. 2. ст. 15 ФЗ от 24.04.2008 № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве», ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», с согласия **Потребителя**, даю следующие **информированные добровольные согласия (далее - ИДС) ООО Клиника «Источник»** (юридический адрес: г. Санкт – Петербург, Финский переулок, д. 4, литера А, неж. пом. 7-Н, ИНН 7448218838 КПП 744801001 ОГРН 1197456029385, далее - **Оператор**):

ИДС № 1. Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных

1. **К обработке персональных данных (далее – ПД) относятся:** сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, изменение, использование, передача, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение ПД (п. 3 ст. 3 ФЗ № 152-ФЗ)).

2. **Цели обработки ПД:** медико-профилактические, установление диагноза, оказание медицинских услуг, исполнение Оператором и Потребителем условий договора на оказание платных медицинских услуг (далее – Договор) и требований законодательства РФ, иные цели обработки ПД Оператором, в том числе силами третьих лиц в рамках договорных отношений с Оператором, необходимые для оказания медицинских услуг, оформления электронных рецептов на лекарственные препараты и листов нетрудоспособности, продвижения услуг Оператора, изучения конъюнктуры рынка и статистических данных об оказанных услугах, аналитики эффективности рекламных каналов, повышения уровня услуг, др.

3. **Предоставляем Оператору согласие на обработку следующих ПД:** фамилия, имя, отчество, пол, дата и место рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность, СНИЛС, полисов ОМС и ДМС (при наличии), адрес и дата регистрации по месту жительства и фактического проживания, медицинские данные (диагноз, сведения об оказанных услугах, реквизиты листка нетрудоспособности, др.), другие общие, специальные и биометрические ПД, обработка которых необходима в рамках оказания медицинских услуг (медицинской помощи).

4. **Дистанционное предоставление сканированных копий документов (включая медицинские), содержащих ПД и информацию, составляющую врачебную тайну (далее – Документы) (выбрать один из двух вариантов, заполнить и расписаться):**

<p>Вариант № 1. Просим Оператора и даём согласие предоставлять Документы на адрес электронной почты: _____@_____ и направлять их по необходимости без дополнительного уведомления и согласия. За неверно указанный адрес электронной почты Оператор ответственность не несёт.</p> <p>Мы предупреждены Оператором и понимаем, что Документы будут поступать на незащищенный электронный адрес, что несёт риск несанкционированного доступа третьих лиц к ПД и их разглашению. В этом случае всю ответственность возлагаем на себя и гарантируем Оператору не предъявлять ему претензии/иски по указанным случаям.</p> <p>До нас доведена информация, что результаты исследований на ВИЧ, сифилис, вирусные гепатиты В и С, ДНК-тесты выдаются только при личном обращении и предъявлении паспорта.</p> <p>_____ (подпись Законного представителя) _____ (Подпись Потребителя)</p>	<p align="center">Вариант № 2.</p> <p align="center">Запрещаем Оператору предоставлять Документы по электронной почте</p> <p align="center">_____</p> <p align="center"><i>подпись Законного представителя</i></p> <p align="center">_____</p> <p align="center"><i>Подпись Потребителя</i></p>
--	--

Дистанционное предоставление Документов является правом, а не обязанностью Оператора, и он вправе приостановить или прекратить дистанционное предоставление Документов в любое время.

5. **Сведения, составляющие врачебную тайну** (специальная категория ПД, не передаётся третьим лицам без согласия Потребителя, за исключением случаев, определённых законом, договором и настоящим ИДС, не предоставляется по телефону) (выбрать вариант, расписаться):

<p>Вариант № 1. Предоставляем Оператору согласие: - передавать в отношении Потребителя сведения, составляющие врачебную тайну в следующем объёме (выбрать, отметить «V», заполнить (при необходимости)):</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="31 1456 1308 1523">o состоянии здоровья, диагнозе, характере заболевания, прогнозе, возможных рисках и осложнениях, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении</td> <td data-bbox="1308 1456 1560 1523" rowspan="2">Вариант № 2. Запрещаем передавать сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам. Запрет не касается лиц и случаев, определённых законом.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="31 1523 1308 1590">o результатах лабораторных и диагностических исследований, за исключением результатов исследований на ВИЧ, сифилис, вирусные гепатиты В и С, генетических исследований</td> </tr> </table> <p>- выдавать оригиналы / копии медицинских документов в отношении:</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="31 1612 1308 1680">результатов лабораторных и диагностических исследований, за исключением результатов на ВИЧ, сифилис, вирусные гепатиты В и С, генетических исследований</td> <td data-bbox="1308 1612 1560 1680" rowspan="2">_____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="31 1680 1308 1747">иные медицинские документы без ограничений (выписки, справки, др.)</td> </tr> </table> <p>_____ (ФИО гражданина полностью, которому будут передаваться сведения, составляющие врачебную тайну)</p> <p>паспорт серии: _____ № _____, выдан: _____, дата выдачи: _____ г., № телефона: +7 (____) _____, адрес регистрации: _____</p> <p>_____ (подпись Законного представителя) _____ (Подпись Потребителя)</p>	o состоянии здоровья, диагнозе, характере заболевания, прогнозе, возможных рисках и осложнениях, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении	Вариант № 2. Запрещаем передавать сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам. Запрет не касается лиц и случаев, определённых законом.	o результатах лабораторных и диагностических исследований, за исключением результатов исследований на ВИЧ, сифилис, вирусные гепатиты В и С, генетических исследований	результатов лабораторных и диагностических исследований, за исключением результатов на ВИЧ, сифилис, вирусные гепатиты В и С, генетических исследований	_____	иные медицинские документы без ограничений (выписки, справки, др.)	<p align="center">Вариант № 2.</p> <p align="center">Запрещаем передавать сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам. Запрет не касается лиц и случаев, определённых законом.</p> <p align="center">_____</p> <p align="center"><i>подпись Законного представителя</i></p> <p align="center">_____</p> <p align="center"><i>Подпись Потребителя</i></p>
o состоянии здоровья, диагнозе, характере заболевания, прогнозе, возможных рисках и осложнениях, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении	Вариант № 2. Запрещаем передавать сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам. Запрет не касается лиц и случаев, определённых законом.						
o результатах лабораторных и диагностических исследований, за исключением результатов исследований на ВИЧ, сифилис, вирусные гепатиты В и С, генетических исследований							
результатов лабораторных и диагностических исследований, за исключением результатов на ВИЧ, сифилис, вирусные гепатиты В и С, генетических исследований	_____						
иные медицинские документы без ограничений (выписки, справки, др.)							

6. **Предоставляем согласие Оператору на обработку ПД с целью:** 1) регистрации и идентификации: 1.1) как Пользователя на Сайте: cispb.com / cispb.ru, в мобильном приложении qMS Mobile; 1.2) как Пользователя сети Интернет (электронная почта, пользовательские данные (cookie, источник направления на сайт Оператора, др.); 2) оказания телемедицинских услуг; 3) информирования о медицинских услугах, акциях, рекламах путём их рассылки через SMS, мессенджеры, электронную почту; заочный опрос для оценки оказанных мне услуг.

Подписи для ИДС № 1:

Подпись Потребителя

Подпись Законного представителя

ИДС № 2. Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных, разрешенных для распространения

1. К обработке персональных данных, разрешенных для распространения (далее – ПД) относятся действия Оператора с ПД, совершаемые с использованием/без использования средств автоматизации: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение/изменение, извлечение, использование, передача, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение и действия, направленные на раскрытие ПД неопределенному кругу лиц (ч. 3, ч. 5 ст. 3 ФЗ № 152-ФЗ) в порядке, установленном законом и настоящим ИДС.

2. Цели обработки ПД: взаимодействие Оператора с третьими лицами (сторонние лаборатории, медицинские учреждения, страховые медицинские компании, ТФОМС, ФСС, другие юридические лица) в рамках оказания медицинских услуг Потребителю, исполнение Оператором и Потребителем условий договора на оказание платных медицинских услуг (далее - Договор) и требований законодательства РФ, оформление электронного листа нетрудоспособности, иные цели обработки ПД в рамках оказания медицинской помощи.

3. Предоставляю согласие Оператору на обработку в форме распространения моих ПД третьим лицам, с которыми Оператор имеет договорные отношения в рамках медицинской деятельности (сторонние лаборатории, медицинские учреждения, страховые медицинские компании, ТФОМС, ФСС, другие юридические лица) в указанных выше целях и в объеме, достаточном для моего обследования и лечения, проведения консилиумов/консультаций, уточнения диагноза, оформления финансовых и разрешительных документов, необходимых для оказания медицинской помощи, оформления электронных рецептов на лекарственные препараты, др.

4. Категории и перечень ПД, на обработку в форме распространения которых с согласия Потребителя Законный представитель даёт согласие:

4.1. Категория ПД: Общие: фамилия, имя, отчество, пол, дата, месяц, год, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, адрес и дата регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания, данные СНИЛС, полиса ОМС и полиса ДМС, место работы, должность, семейное положение, наличие детей, номер телефона, адрес электронной почты.	
4.2. Категория ПД: Специальные (п.п. 4 п. 2 ст. 10 ФЗ № 152-ФЗ): данные о состоянии здоровья, анамнезе, диагнозе, характере заболевания, его особенностях, прогнозе, ожидаемых результатах и возможных последствиях, степени риска и осложнениях, результатах лабораторных и инструментальных исследований, видах, сроках, объемах и условиях оказанных медицинских услуг, данных листка нетрудоспособности, любых других данных о состоянии моего здоровья, необходимых для оказания мне медицинской помощи (медицинских услуг).	
4.3. Условия и запреты на обработку вышеуказанных ПД в форме распространения, кроме предоставления/получения доступа (в соответствии с ч. 9 ст. 10.1 ФЗ № 152-ФЗ) (поставить подпись в выбранном варианте):	
- не устанавливаю условия и запреты на обработку ПД в форме распространения	подпись
- устанавливаю запрет на обработку ПД в форме распространения любым лицам, за исключением круга лиц, которым Оператор в силу закона / Договора и в целях, указанных в ИДС, обязан предоставлять ПД (сторонние лаборатории, медицинские учреждения, страховые медицинские компании, ТФОМС, др.)	подпись

5. Категория ПД: Биометрические (п. 1 ст. 11 ФЗ № 152-ФЗ): сведения, характеризующие физиологические и биологические особенности человека, на основании которых можно установить его личность.

Согласие не требуется. ПД, полученные при помощи установленных на территории Оператора систем видеонаблюдения и аудиофиксации, (видеоизображение, фотографическое изображение, аудиозапись голоса), не предназначены для обработки в форме распространения и не используются Оператором для проведения процедуры идентификации (установления личности), соответственно не относятся к биометрическим ПД. Система видеонаблюдения и аудиофиксации установлена на территории Оператора в целях обеспечения безопасной деятельности ООО «Клиника «Источник» и контроля качества медицинских услуг.

Подписи для ИДС № 2:

Подпись Потребителя

Подпись Законного представителя

Заключительные положения для ИДС № 1, ИДС № 2

1. До нас доведена информация и мы понимаем, что:

- при установлении нами Оператору запретов на обработку наших ПД и на обработку наших ПД в форме распространения (далее – обработка ПД), такие запреты не распространяются на случаи обработки ПД без согласия Потребителя/Законного представителя, определённые законом, настоящими Соглашениями и договором на оказание платных медицинских услуг и необходимые для достижения Оператором уставных целей, для выполнения возложенных на него законом функций, полномочий, обязанностей и исполнения Договора, заключенного с Потребителем, др.;

- обработка ПД осуществляется с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту ПД от несанкционированного доступа, лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и/или обязанными соблюдать конфиденциальность сведений и/или хранить профессиональную тайну.

2. ИДС № 1, ИДС № 2 действуют до достижения Потребителем гражданской дееспособности/ восстановления дееспособности и могут быть отозваны каждое в целом/в части, одновременно оба) в любое время по письменному заявлению Потребителя, которое предоставляется способом, позволяющим объективно зафиксировать факт извещения Оператора об отзыве ИДС и факт принятия заявления Оператором. При этом срок хранения ПД равен сроку хранения медицинских документов, определённым нормативными актами РФ.

Дата подписания ИДС № 1, ИДС № 2: _____ 202__ г

Даю согласие на подписание ИДС моим Законным представителем, что подтверждаю своей подписью:

Подпись Потребителя

Фамилия, имя, отчество Потребителя полностью

Подпись Законного представителя

Фамилия, имя, отчество Законного представителя полностью

Согласие Законного представителя
на заключение Потребителем в возрасте от 14 до 18 лет
договора на оказание платных медицинских услуг

1. Сведения о Законном представителе:

_____, (ФИО полностью)
дата рождения: __. __. ____ г., адрес регистрации и места жительства: _____,
паспорт: ____ № _____ выдан: _____
_____, дата выдачи: __. __. ____, контактный телефон: +7 (____) _____.

2. Статус Законного представителя по отношению к Потребителю _____,
(мать/отец/усыновитель/опекун/попечитель)

полномочия подтверждаются _____

(указать наименование и реквизиты документа (паспорт (реквизиты – ссылка на п.1 настоящего Согласия) / свидетельство о рождении / документ, выданный органами записи актов гражданского состояния / решение органов опеки и попечительства / вступившее в законную силу решения суда об установлении усыновления (удочерения) ребенка)

3. Являясь Законным представителем Потребителя _____

_____, __. __. ____ г.р., даю своё согласие и одобрение на:

3.1. заключение Потребителем Договора на оказание платных медицинских услуг и дополнительных соглашений к нему (далее – Договор и Соглашение);

3.2. самостоятельное определение Потребителем объема и перечня медицинских и иных услуг, необходимых ему (далее – Услуги);

3.3. самостоятельную оплату Услуг Потребителем.

4. Претензий в связи с фактом оказания Услуг, самостоятельным определением Потребителем объема и перечня Услуг, подлежащих оплате, а также в связи с оплатой Услуг, не имею.

5. Подписью в настоящем согласии осознаю свою дополнительную ответственность по обязательствам Потребителя, возникшим на основе совершенных им сделок, а также разрешаю Потребителю самостоятельно производить оплату Услуг.

6. Обязуюсь нести солидарную ответственность по обязательствам Потребителя в рамках Договора и дополнительных Соглашений, как до приобретения Потребителем гражданской дееспособности (совершеннолетие, вступление в брак до 18 лет, эмансипация), так и после её приобретения, вплоть до исполнения обязательств Потребителя по Договору, в том числе, но не ограничиваясь, в части оплаты оказанных Потребителю Услуг.

С заключением Договора и Соглашений к нему согласен, их заключение одобряю, законный представитель

Дата подписания: ____ . ____ .202_ ____ г.

(Подпись)

(Фамилия, имя, отчество полностью)

Дополнительное соглашение № _____

г. Санкт-Петербург

_____ 202_ г.

_____ (ФИО), действующий(ая) от своего имени и в своих интересах, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с одной стороны, и
Общество с ограниченной ответственностью «Клиника «Источник», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании доверенности от __. __.20__ года, с другой стороны,
совместно именуемые «Стороны», во исполнение условий договора на оказание платных медицинских услуг (далее – Договор) заключили настоящее Дополнительное соглашение (далее – Соглашение) о нижеследующем:

1. Исполнитель предоставляет Потребителю следующие Услуги:

№ п/п	Наименование Услуги	Кол-во (ед.)	Срок/Дата оказания Услуги	Цена по прейскуранту (руб.)	Итого сумма к оплате (руб., без НДС)
1.					
...					

2. Общая стоимость Услуг по настоящему Соглашению составляет _____ (_____) рублей __ копеек.

3. Оплата Услуг производится в порядке раздела 4 и п. 7.1 (банковские реквизиты) Договора. Оплатой Услуг и подписью в Соглашении Потребитель подтверждает, что перечень, стоимость Услуг и план лечения с ним согласованы.

4. При выборе Потребителем оплаты Услуг в виде 100 % предоплаты, подписью в настоящем Соглашении он подтверждает добровольность выбора такой оплаты.

5. Потребитель имеет право часть стоимости Услуг оплатить бонусами (при их наличии) в соответствии с Бонусной программой (размещена на сайте cispb.com и на стендах в помещениях ООО «Клиника «Источник») при условии, если её действие на момент обращения Потребителя не приостановлено Исполнителем.

6. Условия, порядок ожидания и оказания Услуг: в соответствии с условиями Договора и локальными актами Исполнителя.

7. Согласие и одобрение на заключение Соглашения со стороны Законного представителя получено в рамках основного Договора.

8. Во всём остальном Стороны руководствуются Договором.

9. Соглашение составлено в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон, является неотъемлемой частью Договора, вступает в силу с момента его подписания.

10. Подписи Сторон

10.1. Исполнитель

10.2. Потребитель

ООО «Клиника «Источник»

ФИО

С условиями Соглашения согласен, оформленный экземпляр получил,

Потребитель

М.П.

подпись

ФИО

(должность)