

Опекун _____ (ФИО), далее именуемый «**Потребитель**», действующий в интересах совершеннолетнего недееспособного лица _____ (ФИО), далее именуемый «**Пациент**», 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 Пациенту платные медицинские услуги (далее - Услуги) согласно Лицензии и Прейскуранту Исполнителя (далее – Прейскурант), а Потребитель оплачивает Услуги в сроки и порядке, определённые настоящим 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. Потребитель является заказчиком Услуг в пользу Пациента: _____ (ФИО полностью), __. __. __ г.р., паспорт серии __-__ № ____, выдан _____, дата выдачи: __. __.20__ г., адрес регистрации и места жительства: _____.

Статус Потребителя по отношению к Пациенту: опекун, что подтверждается _____

(реквизиты документа (Акт органа опеки и попечительства о назначении опекуна))

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 (стандарты, клинические рекомендации, др.), 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 Пациента.

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

с
о
г 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 объём стандарта/в виде отдельных консультаций (медицинских вмешательств, др.).

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

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

м 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.

а 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 и/или Пациент 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 Пациента, 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;

о

п

о

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 Пациента) / расторгнуть Договор при наличии следующих объективных оснований: 1) отказ Потребителя подписать: Договор, Дополнительное соглашение, ИДС на медицинское вмешательство; 2) нахождение Потребителя в состоянии алкогольного/наркотического/токсического опьянения, нарушение Потребителем / Пациентом общественного порядка; 3) наличие у Пациента противопоказаний к Услугам, нарушение плана и режима лечения, невыполнение врачебных рекомендаций, необходимых для продолжения оказания Услуг; 4) наличие у Потребителя долга по оплате (до даты погашения); 5) наличие непреодолимых обстоятельств / технических причин (отключение электроэнергии, поломка оборудования, др.);

3.2.2. при опоздании Потребителя с Пациентом 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 Пациента, наличии противопоказаний, аллергий, хронических заболеваний; соблюдать Правила внутреннего распорядка для пациентов, режим лечения, выполнять назначения лечащего врача, сообщать лечащему врачу об ухудшении самочувствия Пациента;

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 оказанных Пациенту Услуг 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 Пациенту или на условиях 100% предоплаты. Оплата подтверждается документом (кассовый чек или бланк строгой отчетности), который выдается Потребителю.

4.3. Порядок оплаты Услуг после их оказания: 1) после подписания Дополнительного соглашения Потребителю выдётся 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 Пациента в результате некачественно оказанной Услуги, 2) ущерба, причиненного Потребителем имуществу 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 признания Пациента судом ограниченно дееспособным / дееспособным или даты расторжения в порядке, установленном Договором и/или законодательством РФ. 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 ФНС № 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

_____ (ФИО)

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

1. Я, _____ (ФИО полностью), (паспорт серии: _____ № _____, выдан: _____, дата выдачи: _____ г., номер телефона: _____, адрес электронной почты: _____@_____, адрес регистрации: _____ (далее – **Потребитель**), являясь **опекуном** совершеннолетнего недееспособного лица _____ (ФИО полностью), дата рождения: _____ г., адрес регистрации: _____ (далее – **Пациент**),

на основании п. 1 ст. 64 Семейного кодекса РФ/п.2. ст. 15 ФЗ от 24.04.2008 № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве», в соответствии со ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю следующие **информированные добровольные согласия** (далее - ИДС) **ООО Клиника «Источник»** (юридический адрес: г. Санкт – Петербург, Финский пер., 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. **Предоставляю Оператору согласие на обработку моих и Пациента 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 Потребителю 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. Прошу Оператора и даю согласие до признания Пациента судом ограниченно дееспособным / дееспособным 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>Я предупреждён Оператором и понимаю, 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 возлагаю на себя и гарантирую Оператору не предъявлять ему претензии/иски по указанным случаям.</p> <p>До меня 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 style="text-align: right;">_____ (Подпись Потребителя)</p>	<p>Вариант № 2.</p> <p style="text-align: center;">Запрещаю Оператору предоставлять Документы по электронной почте</p> <p style="text-align: center;">_____ Подпись Потребителя</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).

Пользуясь правом Потребителя (выбрать один из двух вариантов, заполнить и расписаться):

<p>Вариант № 1. Предоставляю Оператору согласие:</p> <p>- передавать в отношении Пациента сведения, составляющие врачебную тайну в следующем объёме (выбрать, отметить «V», заполнить (при необходимости)):</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td>о состоянии здоровья, диагнозе, характере заболевания, прогнозе, возможных рисках и осложнениях, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении</td> </tr> <tr> <td></td> <td>о 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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td>результатов лабораторных и диагностических исследований, за исключением результатов на ВИЧ, сифилис, вирусные гепатиты В и С, генетических исследований</td> </tr> <tr> <td></td> <td>иные медицинские документы без ограничений (выписки, справки, др.)</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">_____ (ФИО гражданина полностью, которому будут передаваться сведения, составляющие врачебную тайну)</p> <p>паспорт серии: _____ № _____, выдан: _____, дата выдачи: _____ г., № телефона: +7 (____) _____, адрес регистрации: _____</p> <p style="text-align: right;">_____ (Подпись Потребителя)</p>		о состоянии здоровья, диагнозе, характере заболевания, прогнозе, возможных рисках и осложнениях, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении		о 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>Вариант № 2.</p> <p style="text-align: center;">Запрещаю Оператору передавать сведения о Пациенте, составляющие врачебную тайну, любым третьим лицам. Запрет не касается лиц и случаев, определённых законом.</p> <p style="text-align: center;">_____ Подпись Потребителя</p>
	о состоянии здоровья, диагнозе, характере заболевания, прогнозе, возможных рисках и осложнениях, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении								
	о 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. **Предоставляю согласие Оператору на обработку ПД** с целью: 1) регистрации и идентификации меня: 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 меня о медицинских услугах, акциях, рекламах путём их рассылки через SMS, мессенджеры, электронную почт; заочный опрос для оценки оказанных мне услуг.

Подпись для ИДС № 1:

Подпись Потребителя

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 Пациенту, 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 и Пациента 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 объёме, 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 Потребитель 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 Пациента, анамнезе, диагнозе, характере заболевания, прогнозе, ожидаемых результатах и возможных последствиях, степени риска и осложнениях, результатах лабораторных и инструментальных исследований, видах, сроках, объёмах и условиях оказанных медицинских услуг, данных листа 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 Потребителя 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.

Подпись для ИДС № 2:

Подпись Потребителя

Заключительные положения для ИДС № 1, ИДС № 2

1. До меня доведена информация и я понимаю, что:

- при установлении мной Оператору запретов на обработку моих и Пациента ПД и на обработку моих и Пациента ПД в форме распространения (далее – обработка ПД), такие запреты не распространяются на случаи обработки ПД без согласия Потребителя, 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, № 2 действуют до признания Пациента судом ограниченно дееспособным / дееспособным 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 Потребителем 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

Подпись Потребителя

ФИО Потребителя полностью

Дополнительное соглашение № _____

г. Санкт-Петербург

_____ 202_ г.

Опекун _____ (ФИО), далее именуемый «**Потребитель**», действующий в интересах совершеннолетнего недееспособного лица _____ (ФИО), далее именуемый «**Пациент**», 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 и оказывает Пациенту 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 отдельных Услуг и план лечения в целом 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 cisrb.com и на стендах в помещениях ООО «Клиника «Источник») при условии, если её действие на момент обращения Потребителя с Пациентом не приостановлено Исполнителем.

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

7. Во всём остальном Стороны руководствуются Договором.

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

9. Подписи Сторон

9.1. Исполнитель

9.2. Потребитель

ООО «Клиника «Источник»

ФИО полностью

С условиями Соглашения согласен, оформленный экземпляр Соглашения получил,

(должность)

Потребитель

М.П. Подпись

ФИО

Подпись

ФИО