****

**Приложение № 1 к ОФЕРТЕ**

**о заключении договора на оказание платных медицинских услуг**

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, ФИО ПАЦИЕНТА, дата рождения 00.00.0000г., паспорт: серия 0000 № 000000, выдан – КЕМ ВЫДАН, ДАТА ВЫДАЧИ г., зарегистрирован по адресу: АДРЕС ПАЦИЕНТА, дееспособное лицо, достигшее пятнадцатилетнего возраста, настоящим, для целей исполнения условий Договора, приложением к которому является данное Согласие, даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень), для получения мной / лицом, представителем которого я являюсь (Пациент), письменной или устной Медицинской консультации, носящей рекомендательный характер, без постановки диагноза, в соответствии с условиями настоящего Договора-оферты в ООО «МДЦ «Эксперт» Медицинским работником: врач ФИО ВРАЧА,

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 22 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

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

ФИО гражданина:

Контактный телефон:

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

 (подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО ВРАЧА

 (подпись)

ДАТА



**Согласие на обработку персональных данных**

Я, ФИО ПАЦИЕНТА, дата рождения 00.00.0000г., паспорт: серия 0000 № 000000, выдан – КЕМ ВЫДАН, ДАТА ВЫДАЧИ г., зарегистрирован по адресу: АДРЕС ПАЦИЕНТА, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года М152-ФЗ, подтверждаю свое согласие ООО «МДЦ «Эксперт» (ОГРН 1116194003584, ИНН 6168044672, КПП 616801001, адрес места нахождения: 344004, Ростовская обл., г. Ростов-на-Дону, ул. 2-я Володарского, д. 178, кв. 192 (далее - «Медицинская организация»), в лице Директора Можаевой Натальи Николаевны, действующего на основании Устава, на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), гражданство, адрес электронной почты, номер телефона, изображение гражданина, запись его голоса, информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания, поставленном в рамках очного обращения в медицинские учреждения и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, а также любые иные данные, которые могут быть получены в ходе исполнения настоящего Договора, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. Целью обработки персональных данных является исполнение настоящего Договора. Персональные данные могут быть использованы с иными целями, если это является обязательным в соответствии с положениями законодательства Российской Федерации.

В процессе оказания Медицинской организацией мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Медицинской организацией, в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Медицинской организацией право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Исполнитель вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договорам ДМС, на оказание ПМУ), обмена (приема и передачи) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи.

В случаях, когда такое предоставление является обязательным в силу закона Медицинская организация вправе передавать мои персональные данные государственным органам контроля (включая, Роскомнадзор), прокуратуры, следственного комитета, судебной власти, внутренних дел с использованием бумажных, машинных носителей или по каналам связи.

В случае неблагоприятного прогноза развития моего заболевания информация должна сообщаться (нужное подчеркнуть и/или указать Ф.И.О., степень родства третьих лиц) только мне│мне и следующим лицам│только следующим лицам, без моего уведомления:

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

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

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной [ДАТА] г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Медицинской организацией по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Медицинской организацией.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Медицинская организация обязана прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

ДАТА /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (подпись) (расшифровка)

**Настоящим даю своё согласие на получение от представителей/сотрудников ООО «МДЦ «Эксперт» информации (СМС- и e-mail -уведомлений):**

□ О полной готовности результатов анализов;

□ Напоминания о дате и времени приёма/консультации;

□ Прошу предоставить дополнительную услугу по использованию на сайте ООО «МДЦ «Эксперт» www.expert-uzi.ru Личного кабинета. С «Правилами предоставления доступа в Личный кабинет», размещенными на сайте ООО «МДЦ «Эксперт» www. expert-uzi.ru, ознакомлен и согласен. Даю согласие на направление пароля на телефон, использую пароль для доступа и несу ответственность за его конфиденциальность и сохранность, а также все действия, которые будут осуществляться в Личном кабинете с использованием моего пароля и логина. Информацию разрешаю направлять мне на телефонный номер: **+7(\_\_ \_\_ \_\_) \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ и e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .** Время рассылки с 09:00 до 22:00 по московскому времени. Услуга предоставляется бесплатно. Я подтверждаю, что являюсь владельцем указанного выше номера телефона и e-mail. Передача информации осуществляется автоматически и не имеет 100% гарантии доставки.

Логин для регистрации и входа в Личный кабинет (адрес: www.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

ДАТА /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (подпись) (расшифровка)