

Публичная оферта (предложение) на предоставление медицинских услуг

1. Общие положения

В соответствии со статьёй 437 Гражданского кодекса Российской Федерации данный документ, адресованный физическим лицам, именуемым далее по тексту «Заказчик», является официальным, публичным и безотзывным предложением Автономного учреждения Ханты - Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии» (сокращенное наименование: АУ «Югорский центр профессиональной патологии»), именуемого далее по тексту «Исполнитель»/«Учреждение», в лице главного врача Ташланова Николая Владимировича, действующего на основании Устава, заключить Договор (Договор - оферты) на указанных ниже условиях.

Полным и безоговорочным акцептом настоящей публичной оферты является осуществление Заказчиком первой оплаты предложенных Исполнителем медицинских услуг в порядке, определённом в разделе 4 настоящего Договора (статья 438 Гражданского кодекса Российской Федерации).

Акцепт оферты означает, что Заказчик согласен со всеми положениями настоящего Договора и равносителен заключению договора об оказании медицинских услуг.

Срок действия настоящей оферты устанавливается с «01» августа 2018 года на весь период действия Лицензии на осуществление медицинской деятельности, либо до момента отзыва оферты Учреждением.

2. Предмет договора.

Согласно настоящему Договору Исполнитель на основании Лицензии на осуществление медицинской деятельности (*Лицензия размещается отдельным файлом и обновляется по мере внесения изменений в нее*) обязуется оказывать Заказчику медицинские услуги согласно Тарифа на платные медицинские услуги, утвержденного главным врачом Учреждения, действующего на момент оказания услуг.

Настоящий Договор предусматривает оказание Заказчику медицинских услуг по ценам, предусмотренным действующим Тарифом на платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить эти услуги. Тариф на платные медицинские услуги публикуется на сайте Учреждения <https://сррhmao.ru/> и представлен в целях ознакомления на информационном стенде в Учреждении.

Медицинские услуги в Учреждении оказываются в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

Оказание медицинских услуг осуществляется медицинским персоналом соответствующей квалификации. Объёмы медицинских услуг определяются медицинским персоналом с учетом оснований обращения Заказчика, в соответствии с нормами действующего законодательства Российской Федерации.

Оплата медицинских услуг подтверждает факт ознакомления с текстом настоящего договора и приложениями к нему, а также удостоверяет безоговорочное принятие всех его условий (в том числе, указанных в приложениях). Оплата медицинских услуг Заказчиком в

дальнейшем лишает его права ссылаться на его персональное несогласие с условиями настоящего договора и приложений к нему, а также отсутствие его информированности о правах и обязанностях сторон в рамках исполнения настоящего договора.

Исполнитель предоставляет медицинские услуги, использует оборудование и материалы, разрешённые к применению на территории Российской Федерации.

3. Условия и порядок оказания услуг.

Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с требованиями нормативных документов, регламентирующих предоставление медицинских услуг на территории Российской Федерации.

Оказание медицинских услуг сопровождается оформлением медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Карта заполняется на бумажном носителе и (или) в форме электронного документа медицинским работником.

Срок исполнения обязательств Исполнителя по настоящему договору определяется временем, необходимым для выполнения предусмотренных регламентирующими медицинскую деятельность нормативными документами профилактических, диагностических мероприятий. Настоящий Договор вступает в силу со дня оплаты медицинских услуг и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств. Договор считается исполненным со стороны Исполнителя при выдаче медицинского заключения, результатов исследования (обследования); выписки о проведенном оперативном вмешательстве; записи в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Заказчик подтверждает, что до заключения настоящего Договора он полностью проинформирован Исполнителем о сущности диагностических и профилактических мероприятий, проводимых в отношении него в Учреждении.

Настоящий Договор подтверждает добровольное согласие Заказчика на получение вышеуказанных медицинских услуг. Исполнитель гарантирует, что Заказчику предоставлены все интересующие его сведения об основных потребительских свойствах оказываемых Заказчику медицинских услуг, их стоимости, об условиях и порядке их предоставления и получения Заказчиком, сведения о квалификации и сертификации специалистов участвующих в оказании медицинских услуг непосредственно Заказчику по настоящему Договору, в том числе о возможных неблагоприятных последствиях, с которыми может столкнуться Заказчик при получении медицинских услуг не по вине Исполнителя. Заказчик проинформирован о требованиях, обеспечивающих качественное оказание медицинских услуг, а также о возможных последствиях несоблюдения Заказчиком данных требований, об обстоятельствах, зависящих от Заказчика, которые могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги.

Предоставление платных медицинских услуг производится непосредственно в помещениях Учреждения, в медицинских учреждениях (организациях), состоящих в договорных отношениях с Исполнителем или в передвижных мобильных комплексах. Платные медицинские услуги оказываются в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Исполнителя и доводятся до сведения Заказчика.

Предоставление платных медицинских услуг возможно в порядке предварительной записи на приём, в зависимости от вида медицинских услуг. Предварительная запись пациента на приём осуществляется по телефону 8(3467)362-555 либо путём личного обращения в Учреждение.

Заказчик предупреждён, что ему не будет оказана медицинская услуга, если он находится в состоянии опьянения (наркотическом, алкогольном, токсическом) или при наличии противопоказаний.

4. Права и обязанности Заказчика.

4.1. Заказчик имеет право:

4.1.1. До заключения настоящего договора и после получать от Исполнителя информацию о сущности диагностических и профилактических мероприятий, проводимых в отношении него в Учреждении, об основных потребительских свойствах оказываемых Заказчику медицинских услуг, их стоимости, об условиях и порядке их предоставления, а так же получения, сведений о квалификации и сертификации специалистов, которые будут оказывать медицинские услуги непосредственно Заказчику по настоящему договору, о возможных неблагоприятных последствиях, с которыми может столкнуться Заказчик при получении медицинских услуг не по вине Исполнителя, о требованиях, обеспечивающих качественное оказание медицинских услуг, а так же о возможных последствиях несоблюдения данных требований, об обстоятельствах, зависящих от Заказчика, которые могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, о возможности и порядке получения медицинских услуг на бесплатной основе в учреждениях здравоохранения, о требованиях нормативных актов по предоставлению платных медицинских услуг, условиях предоставления этих услуг, о лицензии на осуществление медицинской деятельности и другую информацию относительно оказываемых услуг по настоящему Договору.

4.1.2. При несоблюдении Учреждением согласованных сроков оказания услуг Заказчик по своему усмотрению вправе:

- назначить новый срок оказания услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;

4.1.3. Использовать по согласованию с врачом медикаменты, препараты и другие средства для оказания медицинской услуги, приобретённые на личные средства Заказчика.

4.1.4. Предъявлять требования о возмещении убытков, причинённых неисполнением условий договора по вине Исполнителя, либо об обоснованном возврате денежных средств за не оказанные услуги, что оформляется в установленном порядке (предъявление документа удостоверяющего личность Заявителя, заявления с указанием фамилии, имени, отчества Заявителя, адреса регистрации Заявителя, его контактных телефонов и причин возврата, кассового чека об оплате услуг). До возврата денежных средств Заявителю, Исполнитель в течение десяти дней проверяет обоснованность заявленного требования. Возврат денежных средств производится в соответствии с требованиями нормативных документов, регламентирующих порядок ведения кассовых операций.

4.1.5. Быть ознакомленным со следующей информацией и документами:

- свидетельством о государственной регистрации юридического лица;
- лицензией на осуществление медицинской деятельности;
- тарифом на платные медицинские услуги;
- режимом работы Учреждения;
- сведениями о квалификации и сертификации специалистов;
- иными документами в соответствии с требованиями Закона РФ от 07.02.1992г. № 2300-1 «О защите прав потребителей» и федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

По требованию Заказчика данный договор может быть предоставлен ему в печатной форме вместе с выпиской из Тарифа на платные медицинские услуги за определённый период.

По требованию Заказчика в момент оплаты услуги и в соответствии с частью 3 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса РФ Исполнитель предоставляет ему документы, дающие право на получение налогового вычета из налога на доход физических лиц в размере суммы, уплаченной им за оказанные медицинские услуги.

4.2. Заказчик обязан:

4.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений (о перенесённых и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, о проведённом ранее обследовании и лечении, об аллергических реакциях и других обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг). Предоставлять специалистам Заказчика для ознакомления имеющуюся в наличии медицинскую документацию и результаты проведённых ранее медицинских исследований.

4.2.2. Внимательно ознакомиться с Информированным добровольным согласием, задать врачу все интересующие вопросы в отношении медицинского вмешательства и/или исследования, их последствиях и подписать Информированное добровольное согласие, в случае согласия на предложенное медицинское вмешательство и/или исследование.

4.2.4. В случае отказа от подписания Информированного добровольного согласия, а также отказа от медицинского вмешательства и/или исследования, оформить свой отказ от медицинского вмешательства и/или исследования в письменной форме, с проставлением своей подписи в графе «Отказываюсь», подтверждающей получение всей необходимой информации и последствиях отказа от медицинского вмешательства и/или исследования.

4.2.5. Ознакомиться с Приложениями к настоящему договору, являющимися его неотъемлемой частью, а именно:

- Приложение № 1 к договору «Согласие на обработку персональных данных»;
- Приложение № 2 к договору «Информированное добровольное согласие на получение медицинской услуги на платной основе»;
- Приложение № 3 к договору «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство»;
- Приложение № 4 к договору «Тариф на платные медицинские услуги».

4.2.6. Своевременно оплачивать Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в порядке, предусмотренном настоящим договором.

4.2.7. Прибыть на приём в назначенное время при осуществлении предварительной записи.

4.2.8. Заблаговременно информировать Исполнителя о невозможности прибыть на приём вследствие непреодолимых обстоятельств.

4.2.9. Соблюдать все назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя.

4.2.10. Соблюдать общественный порядок и указания медицинского персонала при нахождении в помещениях Исполнителя.

5. Права и обязанности Исполнителя

5.1. Исполнитель имеет право:

5.1.1. Самостоятельно определять характер и объём исследований, манипуляций и мер профилактики, необходимых для установления диагноза.

В случае непредвиденного отсутствия врача в день, назначенный для приёма или медицинского вмешательства (исследования), назначить другого специалиста соответствующего профиля и квалификации, или согласовать с Заказчиком другое время приёма или проведения медицинского вмешательства (исследования).

В случае опоздания Заказчика на назначенный приём более чем на 15 минут, отменить приём или медицинское вмешательство, или перенести его на другое время.

По своему усмотрению изменять Тариф на платные медицинские услуги. Тариф является официальным документом Исполнителя, содержит полный перечень услуг, оказание которых возможно в рамках настоящего договора.

Привлекать третьих лиц к исполнению своих обязательств по данному договору.

В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объём исследования, манипуляций и лечения, необходимых для оказания надлежащей медицинской помощи Заказчику, в том числе и не предусмотренной договором.

5.1.2. Не приступать к оказанию медицинских услуг или перенести срок оказания таких услуг на другое время, если Заказчик не оплатил или не полностью оплатил медицинскую услугу.

5.1.3. Отказать в предоставлении медицинских услуг, в случае:

- невозможности обеспечения безопасного оказания медицинской услуги;
- отсутствия необходимых специалистов, оборудования, инструментария;
- при выявлении у Заказчика заболевания, лечение которого возможно лишь в специализированных медицинских учреждениях;
- если медицинское вмешательство, по мнению врача, сопряжено с неоправданным риском причинения вреда здоровью заказчика или угрожает его жизни;
- при нахождении Заказчика в состоянии опьянения (наркотическом, алкогольном, токсическом).

Учреждение не имеет права на оказание медицинской услуги в случае отказа Заказчика от подписания Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и/или исследование, отказа Заказчика от медицинского вмешательства и/или исследования, и подписания Заказчиком документов, подтверждающих отказ от медицинского вмешательства и/или исследования, а также в случае, когда Заказчик уклоняется от письменного удостоверения своего отказа от медицинского вмешательства и/или исследования (в указанном случае отказ фиксируется комиссией в составе трех врачей Учреждения).

5.1.4. В случае нарушения Заказчиком предписаний, рекомендаций и назначений врача (ей), расторгнуть настоящий договор с момента обнаружения этих нарушений, если прекращение оказания медицинских услуг не угрожает жизни Заказчика и здоровью окружающих. При этом стоимость фактически оказанных услуг не возвращается, а исполнитель не несет ответственности за возможное ухудшение состояния здоровья Заказчика.

5.2. Исполнитель обязан:

5.2.1. Обеспечить Заказчика информацией, включающей в себя сведения о местонахождении Учреждения, режиме его работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о лицензии на осуществлении медицинской деятельности, о квалификации и сертификации специалистов.

5.2.2. Обеспечивать своевременное информирование Заказчика о способах, методах диагностики, исследованиях и возможных последствиях медицинского вмешательства и отказа от него.

5.2.3. В ходе оказания услуги проинформировать Заказчика о необходимости изменения способа, метода оказания услуги.

5.2.3. Оказывать услуги в сроки, согласованные с Заказчиком.

5.2.4. Обеспечивать соответствующую медицинскую подготовку медицинского персонала, что подтверждается действующими сертификатами специалистов, с которыми Заказчик вправе ознакомиться.

5.2.5. Не разглашать без согласия Заказчика сведения о факте обращения в Учреждение, состоянии здоровья Заказчика, его заболевании, диагнозе и иные сведения, полученные при его обследовании, за исключением случаев, когда в соответствии с законодательством Российской Федерации допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина.

6. Условия оплаты и порядок расчётов

Настоящий договор предусматривает оказание Заказчику медицинских услуг по ценам, предусмотренным действующим Тарифом на платные медицинские услуги на момент получения услуг.

Расчёт за медицинские услуги производится на условиях 100% предоплаты.

Оплата Заказчиком медицинских услуг подтверждается кассовым чеком и направлением к врачу, содержащим сведения о медицинской услуге, оплаченной Заказчиком.

Оплата медицинских услуг Заказчиком производится путем предоплаты наличными денежными средствами через кассу (либо кассу в регистратуре) Учреждения, либо с использованием пластиковых карт банковских организаций, либо путем перечисления денежных средств на счет Учреждения.

В случае если необходимость оказания медицинских услуг возникла на приеме у врача Учреждения, и Заказчик выразил свое согласие на оказание ему дополнительных медицинских услуг в соответствии с положениями настоящего Договора, оплата производится в кассе Учреждения непосредственно после оказания соответствующих услуг, то есть в день оказания соответствующей медицинской услуги.

7. Возврат денежных средств

7.1. В случае если медицинская услуга не была оказана в установленные сроки, Заказчику предлагается на выбор

- согласовать с сотрудниками Учреждения и перенести дату оказания данной медицинской услуги на другое время, если невозможность оказания услуги вызвана временными причинами (поломка оборудования, неправильная подготовка Заказчика к процедуре и т.п.);

- написать заявление на возврат денежных средств, уплаченных за не оказанную медицинскую услугу.

Возврат осуществляется в наличной форме, при оплате с использованием банковской карты для возврата денежных средств пациенту так же необходимо предоставить банковскую карту, посредством которой был сделан платеж.

При оплате через коммерческие банки для возврата денежных средств пациенту так же необходимо предоставить банковские реквизиты. Возврат в этом случае осуществляется безналичным путем в течении 7 рабочих дней по предоставленным реквизитам.

При возврате денежных средств Учреждение имеет право удержать сумму фактически произведенных ею затрат по подготовке к исполнению медицинской услуги (закупленные специально для исполнения медицинской услуги расходные материалы) в случаях, когда медицинская услуга не была оказана по вине Заказчика. Вышеуказанные расходные материалы после их оплаты (удержания их стоимости из возвращаемой Заказчику суммы) по желанию могут быть переданы ему, в случаях, когда Заказчик имеет на это право в соответствии с действующим законодательством РФ. Возврат денежных средств в соответствии с настоящим пунктом производится в тот же день с даты передачи Учреждению соответствующего заявления на возврат денежных средств, при условии отказа от медицинской услуги в день оформления данной медицинской услуги;

В случае, когда исполнение со стороны Учреждения медицинских услуг началось и Заказчик выразил свое желание отказаться от продолжения обследования, он обязан подписать отказ от медицинского вмешательства и/или исследования, в порядке, установленном настоящим Договором, и вправе подать письменное заявление на имя Главного врача Учреждения о возврате денежных средств.

При возврате денежных средств в рамках настоящего пункта с Заказчика удерживается стоимость фактически оказанных медицинских услуг, а также сумма

фактических расходов Учреждения, произведенных в связи с оказанием соответствующей медицинской услуги Заказчику.

Возврат денежных средств в соответствии с настоящим пунктом производится в течение 10 (Десяти) дней с даты передачи Учреждению Заказчиком соответствующего заявления об отказе от медицинского вмешательства и/или исследования (в процессе его проведения).

7.2. В случае, если Заказчик не удовлетворен качеством оказанных ему медицинских услуг, последний имеет право составить письменную претензию, указав наименование медицинских услуг, в отношении которых предъявляется данная претензия, Ф.И.О. сотрудника (врача) Учреждения, оказавшего медицинскую услугу, дату ее оказания, а также суть претензий.

8. Конфиденциальность и персональные данные

8.1. Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при выполнении настоящего Договора. Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того, было ли это нарушение совершено преднамеренно или случайно. Передача информации третьим лицам, или иное разглашение информации, признанной по настоящему договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны и в специальных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Заказчик в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» дает свое согласие на обработку его персональных данных уполномоченными сотрудниками Учреждения (далее - Оператор).

Список уполномоченных сотрудников определен Приказом главного врача Учреждения о назначении ответственных лиц за обработку персональных данных.

Целью обработки персональных данных является оказание медицинских услуг по профилю деятельности Учреждения, в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность, на основании настоящего Договора.

8.2. Перечень персональных данных, подлежащих обработке:

- фамилия, имя, отчество;

- пол;

- дата рождения;

- адрес проживания;

- семейное положение, наличие детей, родственные связи;

- контактный телефон, адрес электронной почты;

- реквизиты документа, удостоверяющего личность;

- реквизиты полиса ОМС;

- сведения о месте работы или учёбы;

- страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС);

- сведения о выписанных лекарственных средствах;

- данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью.

8.3. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых Пациент дает свое согласие: любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Заказчик предоставляет право Оператору передавать полученные в рамках настоящего Договора персональные данные ограниченному кругу третьих лиц: уполномоченным органам государственной власти в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Передача и обработка персональных данных ограничена исключительно медицинскими целями, обусловлена исключительно технической необходимостью и осуществляется уполномоченными сотрудниками Учреждения в соответствии с действующим законодательством РФ. Передача персональных данных другим юридическим или физическим лицам, не указанным в настоящем пункте, запрещена.

Заказчик может потребовать уничтожить его персональные данные в любой момент после окончания оказания услуг.

8.4. Стороны обязуются соблюдать режим безопасности для персональных данных и сведений, содержащихся в амбулаторной медицинской карте Заказчика при обработке такой информации, а также принимать все необходимые меры для предотвращения разглашения такой информации.

9. Ответственность сторон

9.1. Исполнитель несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Пациенту неисполнением или ненадлежащим исполнением условий настоящего Договора в соответствии с законодательством РФ.

Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора по основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации, а также по причине нарушения его условий Заказчиком, в том числе, в случаях, если:

- проявились осложнения, связанные с тем, что Заказчик не предоставил специалистам Учреждения полную и достоверную информацию об имеющихся у него заболеваниях;

- в соответствии с потребностями лечебно-диагностического процесса, и/или для предотвращения возможных осложнений Заказчику были назначены дополнительные методы диагностики, но Заказчик не выполнил эти назначения;

- осложнения наступили из-за несоблюдения врачебных рекомендаций;

- вред причинен в рамках обоснованного профессионального риска.

9.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение, либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы или других форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки, принятие компетентными органами решений и т.п.), препятствующие выполнению обязательств по настоящему Договору.

10. Порядок разрешения споров

Стороны стремятся решать все возникшие по настоящему Договору споры путем переговоров представителей сторон.

Все споры, разногласия и требования, возникающие из настоящего Договора или в связи с ним, в том числе касающиеся его исполнения, нарушения или прекращения могут быть урегулированы в рамках процедуры медиации при содействии медиатора на условиях и в порядке, предусмотренных Федеральным законом РФ от 27.07.2010г. №193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)».

Споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются в суде в соответствии с действующим законодательством РФ.

11. Прочие условия

Настоящий договор и приложения к нему, являющиеся его неотъемлемой частью:

- Приложение № 1 к договору «Согласие на обработку персональных данных»;
- Приложение № 2 к договору «Информированное добровольное согласие на получение медицинской услуги на платной основе»;
- Приложение № 3 к договору «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство»;
- Приложение № 4 к договору «Тариф на платные медицинские услуги».

Медицинская услуга признаётся ненадлежащее оказанной, если специалистами Исполнителя были предприняты ненадлежащие или не предприняты надлежащие профессиональные действия, либо эти действия осуществлены не должным образом, не в должном объёме, либо не в должный срок, что подтверждается соответствующими доказательствами, в т.ч. заключением независимой экспертизы.

Отсутствие ожидаемого Заказчиком результата, если специалистами Исполнителя были предприняты все необходимые профессиональные действия при соблюдении той степени заботливости и осмотрительности, какая от них требовалась по характеру обязательств и условиям настоящего договора, не является основанием для признания услуги не надлежаще оказанной.

Права и обязанности Заказчика, предусмотренные условиями настоящего договора, распространяются на Заказчика в объёме, определённом действующим законодательством в случае заключения договора третьим лицом в интересах несовершеннолетнего.

Все неурегулированные настоящим договором отношения регулируются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

12. Адреса и реквизиты Исполнителя

Автономное учреждение Ханты - Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии»

Юридический адрес: 628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Розина, 73

ИНН/КПП 8601030734/860101001

Р/сч 40601810200003000001 в РКЦ Ханты – Мансийск г.Ханты-Мансийск

Департамент финансов ХМАО – Югры (АУ «Югорский центр профессиональной патологии»)

БИК / ОКПО 047162000 / 98768388

Тел./факс приемная 8 (3467) 300-355, 362-555 добавочный 510, 511 (отдел юридических и договорных отношений),

362 -555 добавочный 130 (бухгалтерия)

Сайт: www.cprhmao.ru

Лицензия на медицинскую деятельность № _____

Главный врач: Николай Владимирович Ташланов

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____зарегистрированный по адресу: _____
проживающий по адресу: _____ удостоверяющий личность _____, в соответствии
с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006г. «О защите персональных
данных» № 152-ФЗ, в целях проведения экспертизы профессиональной пригодности,
диагностики, лечения и медицинской реабилитации больных с профессиональными
заболеваниями, организации и оказания первичной медико-санитарной помощи,
проведения периодических медицинских осмотров, подтверждаю свое согласие на
получение информации по каналам связи и обработку автономное учреждение Ханты-
Мансийского автономного округа-Югры "Центр профессиональной патологии" 628011,
ХМАО-Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, 73 (далее - Оператор), моих персональных
данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания,
контактный телефон, реквизиты документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса
ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России
(СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за
медицинской помощью. В процессе деятельности Оператора я предоставляю право его
работникам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными
данными:

- обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление,
изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) моих
персональных данных без использования средств автоматизации;

- обработку моих персональных данных посредством внесения их в электронную
базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные
документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по
ОМС (договором ДМС);

- во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, обмен (прием и
передача) моих персональных данных со страховой медицинской организацией и
территориальным фондом ОМС, с использованием машинных носителей или по каналам
связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа,
при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять
профессиональную тайну.

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 дополнительного письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной

Условием прекращения обработки персональных данных является получение
Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия па обработку моих
персональных данных. Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и
действует в течение неопределённого срока.

Подпись субъекта персональных данных _____ / _____ /

**Информированное добровольное согласие
на предоставление медицинских услуг на платной основе**

Я _____ года рождения

в полной мере проинформирован (а), что являюсь Пациентом, в рамках договора публичной оферты оказания платных медицинских услуг, добровольно желаю получить платные медицинские услуги в автономном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получил(а) от сотрудников автономного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии» (далее – Учреждение) полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в Учреждение в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2. Я получил(а) информацию о различных вариантах получения медицинских услуг, и том, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских организациях, на других условиях и на бесплатной основе.

3. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и нескольких видов услуг.

4. Мною добровольно, без какого-либо принуждения, и по согласованию с лечащим врачом (специалистом) выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в Учреждение.

5. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с ним.

6. Я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника Учреждения, оказывающего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

7. В соответствии с требованиями ст.20 Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг.

8. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на оказание платных медицинских услуг в Учреждение мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения сделаны в доступной форме и меня удовлетворяют.

9. Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

10. Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг

Пациент:

Паспорт:

(подпись пациента)

(расшифровка подписи)

(дата)

(подпись пациента)

(расшифровка подписи)

(дата)

**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства
при получении первичной медико-санитарной помощи в автономном учреждении
Ханты - Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии»**

Я, _____ года рождения, зарегистрированный по адресу:

согласна (согласен) с предложенным планом лечения и даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее-Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи (получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь) в АУ «Югорский центр профессиональной патологии».

Мне лично в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья.

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень*.

(*Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации")

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(Дата оформления)

(подпись пациента)