Договор на оказание услуг

г. _____ _____

Общество с ограниченной ответственностью «_____», далее именуемое **Исполнитель**, в лице _____, действующего на основании _____, и

_____,

(фамилия, имя, отчество)

далее именуемый(-ая) **Заказчик**, совместно именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Заказчик, действуя ☐ в своих интересах, ☐ в интересах Пациента[5]

_____,

(фамилия, имя, отчество)

настоящим своей волей поручает, а Исполнитель обязуется оказывать Заказчику *(Пациенту)* платные медицинские услуги и/или иные услуги (далее – услуги) согласно перечню, устанавливаемому бланками – сметами, а в случаях, когда оплата услуг за Заказчика осуществляется третьим лицом, - бланками – заказами, подписываемыми Сторонами к Договору (далее каждый из бланков именуется «смета»), условиям и требованиям, предусмотренным Договором и приложениями к нему. Подписанные Сторонами сметы являются неотъемлемой частью Договора.

Перечень услуг устанавливается в смете на основании прайс-листа Исполнителя (далее – прайс-лист)[6], действующего на момент оформления Сторонами сметы, с которым Заказчик может ознакомиться в медицинских офисах Исполнителя (далее – медофис) или на сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» www.invitro.ru (далее – сайт).

1.2. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № _____, выданной _____ (тел. _____, адрес: _____), дата начала действия лицензии: _____, дата окончания действия лицензии: бессрочно, на осуществление следующих работ (услуг)[1]:

- _____.

1.3. Исполнитель оказывает услуги и выдаёт необходимую медицинскую документацию/документацию без взимания дополнительной платы согласно условиям, в сроки и порядке, установленные в смете. Исчисление сроков оказания (ожидания) услуг осуществляется в рабочих днях со дня, следующего за днём подписания Сторонами сметы, если иное не предусмотрено сметой, а услуга является оказанной Исполнителем с момента ее фактического оказания / выдачи Исполнителем медицинской документации/документации в порядке, установленном настоящим пунктом и сметой.

В случаях, установленных в сметах, и при наличии технической возможности Исполнитель вправе направить лицу, указанному в смете, уведомление о готовности документации в виде СМС-сообщения, иной объективной форме по абонентскому номеру, указанному в смете.

1.4. Исполнитель предоставляет Пациенту (законному представителю Пациента) по его требованию и в доступной для него форме, без взимания дополнительной платы, информацию о состоянии его здоровья после получения медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

Порядок и условия предоставления Пациенту (законному представителю Пациента) после исполнения Договора (сметы) Исполнителем поименованной информации реализуются Исполнителем в соответствии с порядком и сроками предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них, утвержденными Приказом Минздрава России от 31.07.2020 N 789н, и Правилами внутреннего распорядка для пациентов Группы ИНВИТРО, размещенными на сайте.

2. Общие положения

2.1. Договор является публичным договором-офертой. Правила оказания услуг, утвержденные Исполнителем (далее – Правила)[7], прайс-лист размещаются Исполнителем на сайте и в медофисах Исполнителя и являются неотъемлемой частью Договора.

2.2. Подписанием Договора и/или осуществлением действий по выполнению его условий, в том числе, по оплате услуг Исполнителя, Заказчик[2] подтверждает ознакомление и полное, безоговорочное согласие с условиями Договора.

3. Права и обязанности Сторон

3.1. Заказчик[2]:

3.1.1. Вправе на основании действующего прайс-листа определять фактический объем услуг Исполнителя.

3.1.2. Обязуется оплатить услуги Исполнителя в порядке, установленном Договором.

3.1.3. Обязуется соблюдать Правила и правила преаналитики (поименованные в п. 6.3).

3.1.4. Заказчик *(Пациент)* подтверждает и гарантирует, что указанные им в Договоре и/или в сметах абонентские номера и/или адреса электронной почты принадлежат ему, и соглашается с тем, что он самостоятельно несет риск любых негативных последствий при указании недостоверных (неточных) сведений. Заказчик *(Пациент)* понимает и соглашается с тем, что передаваемая посредством электронной почты информация направляется ему с использованием открытых (незащищенных) каналов связи.

3.2. Исполнитель обязуется:

3.2.1. Качественно, в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим и иным требованиям, установленным законодательством РФ, в установленные сметой сроки оказать услуги Заказчику *(Пациенту)*.

3.2.2. Выдать установленному сметой лицу и в порядке, установленным сметой, необходимую документацию.

3.3. Исполнитель вправе в случае необходимости привлекать Соисполнителей для оказания услуг Заказчику.

4. Порядок расчетов

4.1. Стоимость услуг определяется на основании прайс-листа, действующего на момент предоплаты Заказчиком стоимости услуг Исполнителя, указывается в смете и в кассовом чеке, выдаваемом Заказчику. Стоимость медицинских услуг не облагается НДС в соответствии с пп. 2 п. 2 ст. 149 Налогового кодекса РФ. Стоимость иных услуг, оказываемых Исполнителем в рамках Договора, в применимых случаях включает в себя НДС.

4.2. Заказчик осуществляет оплату услуг до начала их оказания наличными денежными средствами или с использованием платёжных банковских карт, либо путём погашения Заказчиком документа, выпущенного в подтверждение предварительной оплаты услуг.

Оплата услуг Заказчиком посредством погашения документа, выпущенного в подтверждение предварительной оплаты услуг, допускается в случаях и порядке, предусмотренных документом и правилами его обращения.

5. Прочие условия

5.1. Стороны согласились, что при заключении и исполнении Договора они вправе пользоваться электронной подписью, факсимильным воспроизведением подписи с помощью средств механического и иного копирования, либо иного аналога собственноручной подписи.

5.2. За частичное или полное неисполнение Договора Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством РФ. Вред, причиненный жизни или здоровью Заказчика *(Пациента)* в результате предоставления некачественной услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ.

5.3. Споры между Сторонами решаются в порядке, установленном Правилами.

5.4. Подписанием Договора Заказчик уведомлен, что при первом заказе услуг и оплаты их стоимости Заказчику открывается базовый бонусный счет в Программе поощрения постоянных клиентов «Здоровый кэшбэк» (далее – Программа), Организатором которой является, в том числе, ООО «ИНВИТРО» (ОГРН 1037739468381, адрес юридического лица: 121059, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Дорогомилово, ул. Киевская, д. 7, к. 1, помещ. 1). С Правилами Программы, в том числе, порядком вступления в Программу, Заказчик может ознакомиться на сайте и в медофисах Исполнителя/Партнёров Программы.

5.5. Подписанием Договора (неприменимо при заключении договора с лицом, не обладающим полной дееспособностью, и, действующим при заключении Договора от своего имени)[5]

Заказчик ☐ **соглашается** ☐ не соглашается _____ **(подпись)**

Пациент[3] *(если таковой указан в Договоре)* ☐ **соглашается** ☐ не соглашается _____ **(подпись)**

получать распространяемые Исполнителем и/или ООО «ИНВИТРО» (и/или третьими лицами, привлекаемыми ими для распространения) рекламные и/или иные информационные материалы (в том числе, приглашения на участие в клинических исследованиях лекарственных препаратов, маркетинговых исследованиях) (далее – материалы) (представленные в виде СМС- /e-mail-сообщений, иной объективной форме), в том числе с использованием сетей связи, сетей подвижной радиотелефонной связи посредством абонентских номеров и/или электронной почты, указанных Заказчиком *(Пациентом)* в Договоре и/или в сметах. Выражая согласие на получение материалов, Заказчик *(Пациент)* соглашается на предоставление информации о факте дачи им такого согласия третьим лицам, привлекаемым для распространения материалов (в том числе операторам связи), и/или уполномоченным государственным (муниципальным) органам власти, в целях подтверждения данного факта, что повлечет предоставление вышеуказанным лицам документального подтверждения дачи настоящего согласия.

Проставлением собственноручной подписи в настоящем пункте Договора Заказчик *(Пациент)* подтверждает, что им проверено поле, отмеченное в настоящем пункте Договора, в пункте отмечено действительное волеизъявление Заказчика *(Пациента)*.

5.6. Одновременно с подписанием Договора Заказчик *(Пациент)* предоставляет Исполнителю согласие на осуществление обработки персональных данных Заказчика *(Пациента)* в порядке и на условиях, определенных согласием на обработку персональных данных, являющемся приложением № 1 к Договору и его неотъемлемой частью.

Заказчику *(Пациенту)* разъяснены юридические последствия отказа предоставить персональные данные и дать согласие на обработку персональных данных, в том числе невозможность направления Заказчику *(Пациенту)* информации о готовности медицинской документации / документации через мессенджеры/по СМС, готовой документации по электронной почте, материалов (как определено в п. 5.5 Договора), участия Заказчика *(Пациента)* в маркетинговых программах/программах лояльности, – в связи с необходимостью привлечения Исполнителем третьих лиц (Соисполнителей) для предоставления указанных услуг Заказчику *(Пациенту)*.

5.7. Исполнитель вправе при желании Заказчика *(Пациента)* предоставить ему дополнительные медицинские услуги / услуги на возмездной основе без оформления дополнительного соглашения либо нового договора, в этом случае Стороны оформляют предоставление дополнительных услуг путём оформления новой сметы к Договору.

6. Заключительные положения

6.1. Договор составлен в количестве экземпляров, соответствующих количеству Сторон Договора, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для Заказчика *(Пациента)* и Исполнителя, вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует в течение 10 (десять) лет.

6.2. Изменение и расторжение Договора возможны по соглашению Сторон, если иное не предусмотрено Правилами и законодательством РФ. Соглашение об изменении или о расторжении Договора совершается в той же форме, что и Договор, если из законодательства РФ, Договора не вытекает иное.

6.3. Заказчик *(Пациент)* подтверждает, что до заключения Договора он в письменной форме уведомлен Исполнителем, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услугу), назначенного режима лечения (граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации), правил преаналитики (правил подготовки к услугам (инструкций по отбору проб), показаний и противопоказаний к услугам, размещённым на сайте для соответствующей услуги), сообщение Исполнителю недостоверной информации, в том числе, о состоянии здоровья может снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на применимости результатов услуг, а в отдельных случаях - на состоянии здоровья Заказчика *(Пациента)*, Заказчик *(Пациент)* самостоятельно несет все риски неблагоприятных последствий, связанных с перечисленными нарушениями.

6.4. Заказчик *(Пациент)* подтверждает, что при заключении Договора ему предоставлена Исполнителем в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель
ООО «_____»
ОГРН _____
ИНН _____
Адрес юридического лица: _____
Телефон, факс: _____

_____
_____

МЕСТО ПОДПИСИ

М.П.

Пациент[4]
_____
(фамилия, имя, отчество)
Дата рождения: _____
Данные документа, удостоверяющего личность:
Паспорт[8] _____ _____,
серия *номер*
выданный _____
_____
«___» ____ _____ года, код подразделения: _____
Адрес места жительства: _____
_____
Иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения: _____
_____
Телефон: _____
e-mail: _____

_____
(подпись)

Заказчик
_____
(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения: _____
Данные документа, удостоверяющего личность:
Паспорт _____ _____,
серия *номер*
выданный _____
_____
«___» ___ ____ года, код подразделения: _____
Адрес места жительства: _____
_____
Иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы
на письменные обращения: _____
_____
Телефон: _____
e-mail: _____

_____
(подпись)

---

[1] Перечень услуг, оказываемых по конкретному адресу, определяется лицензией на осуществление медицинской деятельности.

[2] Читать: «Заказчик и Пациент», если Пациент указан в Договоре и является лицом, достигшим возраста 15 лет (16 лет, если лицо является больным наркоманией).

[3] Заполняется Заказчиком в случаях, когда Заказчик является законным представителем Пациента.

[4] Заполняется, если Пациент указан в Договоре и достиг возраста 18 лет, либо приобрел дееспособность в полном объеме (НЕ заполняется в случае, если Договор заключается непосредственно с несовершеннолетним физическим лицом, достигшим на момент заключения Договора возраста 16 лет, но не приобретшим дееспособность в полном объеме (не достигшим возраста 18 лет; не приобретшим дееспособность в полном объеме в связи с вступлением в брак; не объявленным полностью дееспособным (эмансипированным)), действующим при заключении Договора от своего имени, пациент в последнем случае фигурирует по тексту Договора как Заказчик и может выступать стороной Договора только при заказе услуг в отношении себя лично (как потребитель, в отношении которого осуществляется оказание платных медицинских услуг по заключенному Договору).

[5] Условия Договора НЕ применяются в случае, если Договор заключен непосредственно с несовершеннолетним физическим лицом, достигшим на момент заключения Договора возраста 16 лет, но не приобретшим дееспособность в полном объеме (не достигшим возраста 18 лет; не приобретшим дееспособность в полном объеме в связи с вступлением в брак; не объявленным полностью дееспособным (эмансипированным).

[6] Исполнитель вправе по своему усмотрению в Правилах ограничивать перечень услуг, доступный для заказа несовершеннолетним физическим лицам, достигшим на момент заключения Договора возраста 16 лет, но не приобретших дееспособность в полном объеме (не достигших возраста 18 лет; не приобретших дееспособность в полном объеме в связи с вступлением в брак; не объявленных полностью дееспособными (эмансипированными)) и заключивших Договор от своего имени.

[7] Включая в применимых случаях Правила оказания платных медицинских услуг на анонимной основе, размещенных на сайте и в медофисах Исполнителя.

[8] Следует учитывать, что исходя из закрепленного частью 2 статьи 20 Федерального закона N 323-ФЗ права родителей и иных законных представителей давать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении несовершеннолетних, не достигших возраста15 лет (16 лет, если лицо является больным наркоманией), при даче информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство может потребоваться предъявление паспорта пациента для определения его возраста, а также предъявление документа, подтверждающего статус законного представителя несовершеннолетнего, которому предполагается оказание медицинской услуги.

Приложение №1
к Договору на оказание услуг от _____ 202__ г.

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Дата подписания согласия: _____ _____ 202____ г.

Во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»,

я, _____,
(фамилия, имя, отчество [при наличии])

документ, удостоверяющий личность: ☐ паспорт гражданина Российской Федерации
☐ иной документ: _____

серия _____ номер_____ дата выдачи _____. _____.____г. код подразделения _____– _____

выдан _____

_____

адрес места жительства: _____

_____

_____

☐ **именуемый(-ая) в дальнейшем «субъект персональных данных»/«субъект» и действующий(-ая) от своего имени**
☐ **именуемый(-ая) в дальнейшем «представитель субъекта персональных данных (субъекта)» и действующий(-ая) от имени**[1]

_____
(фамилия, имя, отчество [при наличии])

документ, удостоверяющий личность: ☐ паспорт гражданина Российской Федерации
☐ иной документ: _____

серия _____ номер _____ дата выдачи ____ _____ _____г. код подразделения _____ –_____

выдан _____

_____

адрес места жительства: _____

_____

_____

именуемого(-ой) в дальнейшем «субъект персональных данных»/«субъект»,

на основании _____,
(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия)

даю согласие на обработку моих персональных данных, а также персональных данных субъекта (далее также – ПД) **ООО «_____»** (далее – **оператор**), адрес юридического лица: _____, в целях:
– предоставления услуг (как перечисленных в сметах, так и тех, которые могут быть предоставлены мне/субъекту в будущем), в том числе уточнения сотрудником оператора сведений, необходимых для оказания услуг, предусмотренных сметами;
– поддержания/повышения качества, удобства и/или доступности услуг, в том числе организации электронного документооборота;
– информирования (распространения информации) об услугах/товарах, предлагаемых оператором и/или его партнерами, рекламы поименованных услуг/товаров, в том числе с применением методов таргетинга и профайлинга[1];
– приглашения к участию в клинических исследованиях лекарственных препаратов[1];
– приглашения к участию в маркетинговых исследованиях[1];
– реализации маркетинговых программ (программ лояльности / поощрения постоянных потребителей) и иных мероприятий оператора, направленных на привлечение, удержание и поощрение потребителей (далее – маркетинговая программа).

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие оператору:
- о состоянии моего здоровья/здоровья субъекта (в том числе сведения о факте обращения за медицинской помощью);
- сведения, характеризующие меня/субъекта как субъекта гражданских правоотношений (Ф.И.О., дата рождения, место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства, дата регистрации по месту жительства, номер банковской карты, и т. д.);
- иные сведения, сообщенные обо мне/о субъекте в Договоре и (или) смете и (или) дополнительных документах, подписываемых мной/субъектом (в том числе номер телефона, адрес электронной почты, номер страхового полиса, пол, СНИЛС);

дополнительно для участников маркетинговых программ:
- сведения о приобретённых участником маркетинговой программы услугах, начисленных участнику маркетинговой программы бонусах / предоставленных скидках;
- иные сведения, полученные об участнике маркетинговой программы в ходе ее реализации.

Перечень действий с персональными данными (способов обработки персональных данных), на совершение которых я даю согласие оператору:
а) сбор, запись, систематизация, накопление, уточнение ПД, в том числе:
■ внесение в автоматизированные системы хранения и обработки данных, используемые оператором (в том числе путем считывания информации с магнитной ленты банковской карты субъекта);
■ внесение данных субъекта в сметы и/или иные документы, используемые оператором для оказания услуг или реализации маркетинговой программы (для участников маркетинговой программы);
б) хранение ПД (как на бумажных носителях, так и/или с использованием автоматической системы хранения и обработки данных);
в) использование ПД в вышеуказанных целях (в том числе в целях уточнения сотрудником оператора сведений, необходимых для оказания услуг, посредством телефонной связи; продвижения товаров, работ и услуг на рынке (если дано согласие на получение рекламных и/или иных информационных материалов в Договоре) путём осуществления рассылок (в том числе СМС-рассылок)[1] и/или иными способами с использованием и/или без использования сетей подвижной радиотелефонной связи и/или иных сетей связи и/или исключительно автоматизированной обработки ПД (автоматизированная обработка ПД осуществляется оператором с использованием средств вычислительной техники, осуществляющей на основании совокупности внесенной информации принятие решений, например, об идентификации субъекта и/или размере начисляемого бонуса / предоставляемой скидки));
г) предоставление ПД указанным в подпункте «д» третьим лицам, привлечённым оператором к исполнению договора (при условии соблюдения режима конфиденциальности), реализации маркетинговой программы (для участников маркетинговой программы), выполнению оператором иных обязательств, принятых на себя в рамках Договора и/или проводимых оператором мероприятий, направленных на продвижение (рекламу) товаров, работ и услуг на рынке, поддержание / повышение качества, удобства и/или доступности услуг в целом, проведению маркетинговых исследований[1], а также операторам связи, лицам, осуществляющим обработку оплаты по Договору, совершенной с использованием платёжных банковских карт, операторам платежных систем, при условии, что таковое не нарушает законные права и интересы субъекта и положения законодательства Российской Федерации, а равно предоставление ПД

лицу, осуществляющему оплату медицинских услуг по Договору (в случае если оплата медицинских услуг по Договору осуществляется за меня/субъекта юридическим лицом/индивидуальным предпринимателем);

д) поручение обработки ПД третьим лицам, привлечённым оператором к исполнению договора, как определено в подпункте «г» (при условии соблюдения режима конфиденциальности), при условии, что таковое не нарушает законные права и интересы субъекта и положения законодательства РФ, в том числе следующим третьим лицам и операторам связи:

- ООО «ИНВИТРО» (121059, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Дорогомилово, ул. Киевская, д. 7, к. 1, помещ. 1),
- ООО «ИНВИТРО СПб» (192007, г. Санкт-Петербург, вн.тер.г. муниципальный округ Волковское, ул. Днепропетровская, д. 57, литера А, помещ. 1-Н, офис 186),
- ООО «ИНВИТРО-Самара» (443056, Самарская обл., г. Самара, Московское ш., д. 12),
- ООО «ИНВИТРО-Урал» (454091, Челябинская обл., г. Челябинск, ул. Российская, д. 275),
- ООО «ИНВИТРО-Сибирь» (630049, Новосибирская обл., г. Новосибирск, пр-т Красный, д. 218/2),
- ООО «ИНВИТРО-Воронеж» (394030, Воронежская обл., г. Воронеж, ул. Плехановская, д. 50),
- ООО «ИНВИТРО-Ростов-на-Дону» (344092, Ростовская обл., г.о. город Ростов-на-Дону, г. Ростов-на-Дону, пр-т Космонавтов, д. 2, офис 1406),
- ООО «ИНВИТРО-Ставрополье» (357502, Ставропольский край, г. Пятигорск, пр-т 40 Лет Октября, д. 58Б),
- ООО «ИНВИТРО-Приморье» (690106, Приморский край, г. Владивосток, Партизанский пр-т, д. 40, эт. 1, комн. 1),
- ООО «Виалаб» (115409, г. Москва, Каширское ш., д. 68, корп. 2, эт. 3, пом. I, комн. 26),
- ООО «ИНВИТРО-Североморск» (184606, Мурманская область, г. Североморск, ул. Северная застава, д. 10),
- ООО «ИНВИТРО-Эксперт» (115409, г. Москва, Каширское ш., д. 68, корп. 2, эт. 1, пом. I, комн. 4),
- ООО «ИНВИТРО-Информационные технологии» (121059, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Дорогомилово, ул. Киевская, д. 7, к. 2, помещ. 1),
- ООО «МС Груп» (121059, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Дорогомилово, ул. Киевская, д. 7, к. 2, помещ. 1),
- ООО «ИНВИТРО-Объединенные коммуникации» (121059, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Дорогомилово, ул. Киевская, д. 7, к. 2, помещ. 1),
- ООО «ИНВИТРО-КИ» (115409, г. Москва, Каширское ш., д. 68, корп. 2, эт. 3, пом. I, комн. 26)[1],
- ПАО «МТС» (109147, г. Москва, ул. Марксистская, д. 4, стр. 1);
- ПАО «ВымпелКом» (127083, г. Москва, ул. 8 Марта, д. 10, стр. 14),
- ПАО «МегаФон» (127006, г. Москва, пер. Оружейный, д. 41),
- ООО «Т2 Мобайл» (108811, г. Москва, километр Киевское шоссе 22-й (п. Московский), домовладение 6, стр. 1, эт. 5 комн. 33),
- ООО «ИнфоБип» (109544, г. Москва, бульвар Энтузиастов, д. 2, эт./ком. 21/1)[1],
- АО «ПФ «СКБ Контур» (620144, Свердловская обл., г. Екатеринбург, ул. Народной Воли, стр. 19А),
- ООО «Комус-Р2» (300000, Тульская обл., г. Тула, ул. Войкова, д. 2/5, пом. 6/эт. 1),
- ООО «Иком Сервис» (394030, Воронежская область, г.о. город Воронеж, г Воронеж, ул Кропоткина, д. 5, офис 111),
- ООО «ИОМ Анкетолог» (630099, Новосибирская обл., г. Новосибирск, пр-кт Красный, д. 29, офис 54)[1],
- ООО «РА УРАЛ» (454084, Челябинская обл., г. Челябинск, ул. Кирова, д. 19, пом. 7, офис 805),
- ООО «АДВ Консалтинг» (115280, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Даниловский, ул. Ленинская Слобода, д. 26, помещ. 32/161),
- ООО «ЭДНА» (115280, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Даниловский, ул. Ленинская слобода, д. 19, помещ. 43/1)[1];
- ООО «Майндбокс» (125124, г. Москва, ул. Правды, д. 26, эт/пом 12/XXX)[1];

е) извлечение, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение ПД.

Срок действия согласия на обработку персональных данных: в течение десяти лет с даты подписания согласия и Договора или в течение срока участия в маркетинговых программах (для участников маркетинговых программ). Отозвать согласие на обработку персональных данных в любой момент возможно путем предоставления в медофисе оператора запроса на отзыв согласия субъекта на обработку его персональных данных. Запрос должен содержать номер основного документа, удостоверяющего личность субъекта или его представителя, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, сведения, подтверждающие участие субъекта в отношениях с оператором (дата заключения Договора), либо сведения, иным образом подтверждающие факт обработки ПД оператором, подпись субъекта или его представителя.

Я/субъект уведомлен о том, что:

1. Я/субъект вправе:

■ заявить возражения против решения оператора, принятого им на основании исключительно автоматизированной обработки ПД;

■ обжаловать действия или бездействия оператора в уполномоченный орган или в судебном порядке;

■ защищать свои права и законные интересы, в том числе требовать возмещения убытков и компенсации морального вреда, в суде;

■ в любой момент отказаться от получения материалов, распространяемых оператором в соответствии с согласием субъекта, путём направления оператору (по адресу, указанному в Договоре) соответствующего обращения[1];

■ в любой момент отказаться от участия в маркетинговой программе (для участников маркетинговой программы, в этом случае прекращается обработка ПД субъекта, связанных с реализацией участия субъекта в маркетинговой программе):

• отказ оформляется участником по форме, установленной организатором маркетинговой программы, с которой можно ознакомиться в медофисах организатора маркетинговой программы/оператора или партнёров маркетинговой программы, и представляется в письменном виде в медофис с предъявлением документа, удостоверяющего личность участника;

• участие участника в маркетинговой программе прекращается в течение 10 (десяти) рабочих дней, следующих за днем получения организатором маркетинговой программы/оператором или партнёром маркетинговой программы письменного отказа от участника;

• следствием прекращения участия участника в маркетинговой программе являются: закрытие и блокировка бонусного счёта участника, аннулирование начисленных участнику бонусов без возможности восстановления, утрата участником права на использование бонусов.

2. Оператор вправе принимать решение на основании исключительно автоматизированной обработки ПД об идентификации субъекта в системе учёта предоставляемых оператором услуг, в том числе в целях реализации мероприятий оператора, направленных на поощрение потребителей услуг оператора (предоставления скидок и т. д.).

Субъект персональных данных (представитель субъекта персональных данных):

подпись	расшифровка подписи (инициалы и фамилия)

[1] Условия Приложения №1 к Договору НЕ применяются (в части, информирования (распространения информации) об услугах/товарах, предлагаемых оператором и/или его партнерами, рекламы поименованных услуг/товаров, в том числе с применением методов таргетинга и профайлинга; приглашения к участию в маркетинговых исследованиях; продвижения товаров, работ и услуг на рынке путём осуществления рассылок (в том числе СМС-рассылок)) в случае, если Договор заключен и согласие на обработку персональных данных предоставлено (подписано) непосредственно несовершеннолетним физическим лицом, достигшим на момент заключения Договора/предоставления согласия на обработку персональных данных возраста 16 лет, но не приобретшим дееспособность в полном объеме (не достигшим возраста 18 лет; не приобретшим дееспособность в полном объеме в связи с вступлением в брак; не объявленным полностью дееспособным (эмансипированным)).

Я,

_____,

(фамилия, имя, отчество)

далее по тексту бланка - сметы именуемый «Заказчик», а равно[4]

_____,

(фамилия, имя, отчество)

далее по тексту бланка - сметы именуемый «Пациент», уведомлен о том, что: несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), назначенного режима лечения (граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе, определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации), правил преаналитики (правил подготовки к услугам (инструкций по отбору проб), показаний и противопоказаний к услугам, размещённым на сайте для соответствующей услуги), сообщение Исполнителю недостоверной информации, в том числе, о состоянии здоровья, может снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на применимости результатов услуг, а в отдельных случаях - на состоянии здоровья потребителя услуги, Заказчик (Пациент) самостоятельно несет все риски неблагоприятных последствий, связанных с перечисленными нарушениями; о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также подтверждаю ознакомление с порядком предоставления услуг Исполнителем, условиями и требованиями к их предоставлению.

Заказчик _____ _____ «___» _____ 20__ г.

подпись ФИО дата

Пациент[4] _____ _____ «___» _____ 20__ г.

подпись ФИО дата

(заполняется, если Пациент достиг возраста 15 лет (16 лет, если лицо является больным наркоманией))

БЛАНК - СМЕТА ОТ ДД.ММ.ГГГГ
к Договору на оказание услуг от «___» _____ 202_ г. (Договор)

Заказчик:	ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО					
	Дата рождения:	ДД.ММ.ГГГГ	**Пол:**	М/Ж	**Телефон:**	+ 7 (999) 9
	Адрес:	АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ				
	СНИЛС:					
Исполнитель:	Общество с ограниченной ответственностью «_____» ОГРН _____					
Пациент[4]**:**	ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО					
	Дата рождения:	ДД.ММ.ГГГГ	**Пол:**	М/Ж	**Телефон:**	+ 7 999 88877
	Адрес:	АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ				
	СНИЛС:					

ИНЗ:

Код	**Наименование услуги**	**Формат выдачи**	**Срок выполнения (ожидания)**	**Цена*, р.**	**Уменьшение суммы заказа**, р.**	**Стоимость*, р.**
		Кол				
			Итого по услугам:			

* с НДС в применимых случаях

** сумма заказа подлежит уменьшению на сумму бонусных рублей ИНВИТРО, засчитываемых в счет оплаты медицинских услуг в соответствии с Правилами Программы поощрения постоянных клиентов «Здоровый кэшбэк» (далее – Программа), либо на сумму скидки, предоставляемой в соответствии с Правилами Программы. Информация о сумме начисленных и/или списанных бонусных рублей ИНВИТРО, балансе бонусных рублей ИНВИТРО, сумме скидки представлена в кассовом чеке (*условия не применяются в случае заказа немедицинских услуг*).

Кодовое слово*

*Указывается обязательно на случай возникновения форс-мажорных обстоятельств, а также для уточнения факта готовности результата.

Порядок (способ) предоставления медицинской документации (документации)[1]:

Пациенту[4]**:**

Уведомление о готовности через мессенджеры/по СМС

E-mail доставка[2]

Доступ к электронному медицинскому документу посредством государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (портала Госуслуги)[3]

Заказчику:

Уведомление о готовности через мессенджеры/по СМС

E-mail доставка[2]

Доступ к электронному медицинскому документу посредством государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (портала Госуслуги)[3]

Информация об условиях выдачи кассовых чеков (далее – чек)

Для направления чека Заказчику в электронной форме:

E-mail[2]

Подписанием сметы Заказчик подтверждает:

- свое согласие на получение чека в электронной форме (или сведений в электронной форме, идентифицирующих чек, и информации об адресе информационного ресурса, который размещен в сети Интернет и по которому чек может быть бесплатно получен Заказчиком) по указанному в настоящем разделе смете телефону (абонентскому номеру) или адресу электронной почты (при наличии технической возможности для передачи информации в электронной форме на адрес электронной почты).

[1] Медицинская документация/документация также может быть получена Заказчиком (Пациентом) по обращению в бумажном виде в медофисе Исполнителя в порядке, установленном Правилами оказания услуг, утвержденными Исполнителем (далее – Правила). Независимо от установленного сметой способа предоставления медицинской документации/документации медицинская документация/документация размещается в сервисе «Личный кабинет» (https://lk3.invitro.ru/login) с применением необходимых средств и способов защиты информации. Уведомление о готовности через мессенджеры/по СМС направляется при условии дачи согласия на обработку персональных данных Заказчиком (Пациентом).

[2] Заказчик (Пациент) в случае указания адреса электронной почты (e-mail) в качестве способа предоставления медицинской документации/документации, способа направления чека, подтверждает свое согласие с тем, что передаваемая информация, в том числе, результаты исследований, проведенных Исполнителем, будут направлены Заказчику (Пациенту) с использованием открытых (незащищенных) каналов связи. Медицинская документация/документация направляется по электронной почте (e-mail) при условии дачи согласия на обработку персональных данных Заказчиком (Пациентом).

[3] Заказчик (Пациент) в случае выбора данного способа предоставления медицинской документации дает согласие Исполнителю на передачу медицинской документации, оформленной по результатам проведенных лабораторных исследований биологического материала, в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), федеральную государственную информационную систему «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)», в том числе уполномоченным лицам, обеспечивающим функционирование указанных информационных систем. Заказчик (Пациент) подтверждает, что он согласен с последствиями передачи медицинской документации в ЕГИСЗ: возможностью ознакомления с медицинской документацией медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения.

[4] Условия бланка - сметы НЕ применяются в случае, если Договор заключен/ бланк - смета подписан непосредственно несовершеннолетним физическим лицом, достигшим на момент заключения Договора/подписания бланка - сметы возраста 16 лет, но не приобретшим дееспособность в полном объеме (не достигшим возраста 18 лет; не приобретшим дееспособность в полном объеме в связи с вступлением в брак; не объявленным полностью дееспособным (эмансипированным)).

Подписанием сметы Заказчик (и Пациент, если таковой указан в Договоре и смете) подтверждает:

- согласие с перечнем и объёмом услуг, предусмотренных заказом, включая заинтересованность в получении услуг на условиях заказа – то есть, в том числе в применимых случаях, независимо от объёма стандарта медицинской помощи (Заказчик (и Пациент, если таковой указан в Договоре и смете) проинформирован, что Исполнитель при включении медицинских услуг в прайс-лист Исполнителя действует в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, или в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи);
- что он проинформирован и согласен, в т.ч. с тем, что при оказании услуг может быть использован весь предоставленный образец , возврат в таких случаях образца и тары (в том числе, пластиковых бутылей) Заказчику после исследования не осуществлется;
- правильность указанных в настоящей смете данных и соглашается с тем, что он самостоятельно несет риск любых негативных последствий при указании недостоверных (неточных) сведений, в том числе об образцах, предоставленных для исследования;
- что он ознакомлен с условиями отправки уведомлений о готовности и доставки медицинской документации/документации по сетям общего пользования, размещенными в медофисах Исполнителя или на сайте в сети Интернет по адресу: www.invitro.ru, и соглашается с ними;
- в случае если настоящей сметой предусмотрено право Заказчика и/или иного получателя на получение медицинской документации, подготовленной Исполнителем, иной информации о состоянии здоровья Пациента, и Пациент является лицом, достигшим возраста 15 лет (16 лет, если лицо является больным наркоманией) и приобретшим дееспособность в полном объеме, подписанием настоящей сметы Пациент подтверждает, что ему известно понятие «врачебной тайны», а также его право на неразглашение информации о факте обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии его здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании;
- что он уведомлен о том, что интерпретация результатов медицинских исследований, проведенных Исполнителем, содержит информацию для лечащего врача, не является диагнозом и не может быть использована для самодиагностики и самолечения; точный диагноз ставит лечащий врач, используя как результаты исследования, так и нужную информацию из других источников: анамнеза, результатов других обследований и т. д.;
- что он ознакомлен с Правилами, размещенными на сайте в сети Интернет по адресу: www.invitro.ru и действующими на дату подписания настоящей сметы, и соглашается с ними;

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Заказчик (или Пациент, если таковой указан в Договоре и смете) настоящим дает 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. N 390н (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого он является, в Обществе с ограниченной ответственностью «_____».

Медицинским работником _____

(должность, ФИО медицинского работника)

в доступной для Заказчика (Пациента) форме Заказчику (Пациенту) разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, в том числе, процедура взятия биологического материала, связанный с ними риск, возможные варианты/ виды медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые / ожидаемые результаты оказания медицинской помощи. Заказчик (Пациент) подтверждает, что имел

возможность задавать медицинскому работнику Исполнителя любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы, поставил в известность медицинского работника Исполнителя, осуществляющего проведение процедуры, обо всех проблемах, связанных со здоровьем Заказчика (Пациента), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости йода, спирта.

Заказчику (Пациенту) разъяснено, что он имеет 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Заказчик (Пациент) понимает, что после взятия биоматериала / проведения процедуры требование о прекращении процедуры не может быть выполнено в связи с тем, что медицинское вмешательство уже было произведено.

Сведения о выбранном(ых) Заказчиком (Пациентом) лице(ах), которому(ым) в соответствии с пунктом 5 части 5 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 здоровья Заказчика (Пациента), в том числе после смерти:

_____

(ФИО гражданина, контактный телефон, адрес электронной почты)

Исполнитель

_____

ООО «_____»

_____ / _____

М.П.

Пациент[4]

<ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО (ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ)>

_____/_____

(подпись) (ФИО)

Заказчик

<ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО (ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ)>

_____/_____

(подпись) (ФИО)

Расписался в моем присутствии:

Представитель Исполнителя

_____

(Должность медицинского работника) *(подпись)* *(ФИО)*

Образцы взятого у меня *(Пациента)* биоматериала / материала маркированы сотрудником Исполнителя в моём присутствии *(в присутствии Пациента)*

_____ _____

подпись ФИО (Пациента/Заказчика)

Я,

_____,

(фамилия, имя, отчество)

далее по тексту бланка - заказа именуемый «Заказчик», а равно[4]

_____,

(фамилия, имя, отчество)

далее по тексту бланка - заказа именуемый «Пациент», уведомлен о том, что: несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), назначенного режима лечения (граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации), правил преаналитики (правил подготовки к услугам (инструкций по отбору проб), показаний и противопоказаний к услугам, размещённым на сайте для соответствующей услуги), сообщение Исполнителю недостоверной информации, в том числе о состоянии здоровья, может снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на применимости результатов услуг, а в отдельных случаях - на состоянии здоровья потребителя услуги, Заказчик (Пациент) самостоятельно несет все риски неблагоприятных последствий, связанных с перечисленными нарушениями; о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также подтверждаю ознакомление с порядком предоставления услуг Исполнителем, условиями и требованиями к их предоставлению.

Заказчик _____ _____ «___» _____ 20__ г.

подпись ФИО дата

Пациент[4] _____ _____ «___» _____ 20__ г.

подпись ФИО дата

(заполняется, если Пациент достиг возраста 15 лет (16 лет, если лицо является больным наркоманией))

БЛАНК - ЗАКАЗ ОТ ДД.ММ.ГГГГ (Заказ)
к Договору на оказание услуг от «___» _____ 202_ г. (Договор)

Заказчик:	ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО					
	Дата рождения:	ДД.ММ.ГГГГ	**Пол:**	М/Ж	**Телефон:**	+ 7 (999)
	Адрес:	АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ				
	СНИЛС:					
Плательщик:	НАИМЕНОВАНИЕ					
	ОГРН		**-**	-	**-**	-
	ИНН					
	Адрес					
Исполнитель:	Общество с ограниченной ответственностью «_____» ОГРН _____					
Пациент[4]**:**	ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО					
	Дата рождения:	ДД.ММ.ГГГГ	**Пол:**	М/Ж	**Телефон:**	+ 7 999 88877
	Адрес:	АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ				
	СНИЛС:					

ИНЗ:

Код	Наименование услуги	Формат выдачи	Срок выполнения (ожидания)
		Кол	

Кодовое слово*

*Указывается обязательно на случай возникновения форс-мажорных обстоятельств, а также для уточнения факта готовности результата.

Порядок (способ) предоставления медицинской документации (документации)[1]:

Пациенту[4]**:**

Уведомление о готовности через мессенджеры/по СМС

E-mail доставка[2]

Доступ к электронному медицинскому документу посредством государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (портала Госуслуги)[3]

Заказчику:

Уведомление о готовности через мессенджеры/по СМС

E-mail доставка[2]

Доступ к электронному медицинскому документу посредством государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (портала Госуслуги)[3]

[1] Медицинская документация/документация также может быть получена Заказчиком (Пациентом) по обращению в бумажном виде в медофисе Исполнителя в порядке, установленном Правилами оказания услуг, утвержденными Исполнителем (далее – Правила). Независимо от установленного заказом способа предоставления медицинской документации/документации медицинская документация/документация размещается в сервисе «Личный кабинет» (https://lk3.invitro.ru/login) с применением необходимых средств и способов защиты информации. Уведомление о готовности через мессенджеры/по СМС направляется при условии дачи согласия на обработку персональных данных Заказчиком (Пациентом).

[2] Заказчик (Пациент) в случае указания адреса электронной почты (e-mail) в качестве способа предоставления медицинской документации/документации подтверждает свое согласие с тем, что передаваемая информация, в том числе результаты исследований, проведенных Исполнителем, будут направлены Заказчику (Пациенту) с использованием открытых (незащищенных) каналов связи. Медицинская документация/документация направляется по электронной почте (e-mail) при условии дачи согласия на обработку персональных данных Заказчиком (Пациентом).

[3] Заказчик (Пациент) в случае выбора данного способа предоставления медицинской документации дает согласие Исполнителю на передачу медицинской документации, оформленной по результатам проведенных лабораторных исследований биологического материала, в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), федеральную государственную информационную систему «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)», в том числе уполномоченным лицам, обеспечивающим функционирование указанных информационных систем. Заказчик (Пациент) подтверждает, что он согласен с последствиями передачи медицинской документации в ЕГИСЗ: возможностью ознакомления с медицинской документацией медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения.

[4] Условия бланка - заказа НЕ применяются в случае, если Договор заключен/бланк - заказ подписан непосредственно несовершеннолетним физическим лицом, достигшим на момент заключения Договора/подписания бланка - заказа возраста 16 лет, но не приобретшим дееспособность в полном объеме (не достигшим возраста 18 лет; не приобретшим дееспособность в полном объеме в связи с вступлением в брак; не объявленным полностью дееспособным (эмансипированным)).

Подписанием заказа Заказчик (и Пациент, если таковой указан в Договоре и заказе) подтверждает:

- согласие с перечнем и объёмом услуг, предусмотренных заказом, включая заинтересованность в получении услуг на условиях заказа – то есть, в том числе в применимых случаях, независимо от объёма стандарта медицинской помощи (Заказчик (и Пациент, если таковой указан в Договоре и смете) проинформирован, что Исполнитель при включении медицинских услуг в прайс-лист Исполнителя действует в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, или в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи);
- правильность указанных в настоящем заказе данных и соглашается с тем, что он самостоятельно несет риск любых негативных последствий при указании недостоверных (неточных) сведений;
- что он ознакомлен с условиями отправки уведомлений о готовности и доставки медицинской документации/документации по сетям общего пользования, размещенными в медофисах Исполнителя или на сайте в сети Интернет по адресу: www.invitro.ru, и соглашается с ними;
- в случае если настоящим заказом предусмотрено право Заказчика и/или иного получателя на получение медицинской документации, подготовленной Исполнителем, иной информации о состоянии здоровья Пациента, и Пациент является лицом, достигшим возраста 15 лет (16 лет, если лицо является больным наркоманией) и приобретшим дееспособность в полном объеме, подписанием настоящего заказа Пациент подтверждает, что ему известно понятие «врачебной тайны», а также его право на неразглашение информации о факте обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии его здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании;
- что он уведомлен о том, что интерпретация результатов медицинских исследований, проведенных Исполнителем, содержит информацию для лечащего врача, не является диагнозом и не может быть использована для самодиагностики и самолечения; точный диагноз ставит лечащий врач, используя как результаты исследования, так и нужную информацию из других источников: анамнеза, результатов других обследований и т.д.;
- что он ознакомлен с Правилами, размещенными на сайте в сети Интернет по адресу: www.invitro.ru и действующими на дату подписания настоящего заказа, и соглашается с ними.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Заказчик (или Пациент, если таковой указан в Договоре и заказе) настоящим дает 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. N 390н (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого он является, в Обществе с ограниченной ответственностью «_____».

Медицинским работником _____

(должность, ФИО медицинского работника)

в доступной для Заказчика (Пациента) форме Заказчику (Пациенту) разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, в том числе процедура взятия биологического материала, связанный с ними риск, возможные варианты / виды медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые/ ожидаемые результаты оказания медицинской помощи. Заказчик (Пациент) подтверждает, что имел возможность задавать медицинскому работнику Исполнителя любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы, поставил в известность медицинского работника Исполнителя, осуществляющего проведение процедуры, обо всех проблемах, связанных со здоровьем Заказчика (Пациента), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости йода, спирта.

Заказчику (Пациенту) разъяснено, что он имеет 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Заказчик (Пациент) понимает, что после взятия биоматериала / проведения процедуры требование о прекращении процедуры не может быть выполнено в связи с тем, что медицинское вмешательство уже было произведено.

Сведения о выбранном(ых) Заказчиком (Пациентом) лице(ах), которому(ым) в соответствии с пунктом 5 части 5 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 здоровья Заказчика (Пациента), в том числе после смерти:

_____

(ФИО гражданина, контактный телефон, адрес электронной почты)

Исполнитель

_____

ООО «_____»

_____ / _____

М.П.

Пациент[4]

<ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО (ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ)>

_____/_____

(подпись) (ФИО)

Заказчик

<ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО (ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ)>

_____/_____

(подпись) (ФИО)

Расписался в моем присутствии:
Представитель Исполнителя

_____

(Должность медицинского работника) *(подпись)* *(ФИО)*

Образцы взятого у меня *(Пациента)* биоматериала / материала маркированы сотрудником Исполнителя в моём присутствии *(в присутствии Пациента)*

_____ _____

подпись ФИО (Пациента/Заказчика)