Договор на оказание медицинских услуг

г. _____ «_____» _____ 202__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «ИНВИТРО-Урал» (ОГРН 1027402903901, ИНН 7451097559, адрес юридического лица: 454091, г. Челябинск, ул. Российская, д. 275, телефон: +7 (351) 729-88-33, адрес сайта: www.invitro.ru), далее именуемое **Исполнитель**, в лице директора Генерального директора Потлова Даниила Анатольевича, действующего на основании Устава, и

_____,
(фамилия, имя, отчество)

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

1. Предмет Договора

1.1. Заказчик настоящим своей волей поручает, а Исполнитель обязуется оказать следующим лицам:

1. Ф.И.О. (предполагаемый отец/предполагаемая мать) _____
_____,
число/месяц/год рождения _____,
документ, удостоверяющий личность: ☐ паспорт гражданина Российской Федерации ☐ иной документ: _____
серия _____ номер _____ дата выдачи ____ . ____ . _____г. код подразделения _____ – _____
выдан _____
_____,
адрес места жительства: _____
_____,
иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения: _____
_____,
телефон _____, адрес электронной почты _____,

☐ действующий(-ая) от своего имени ☐ и в интересах ребёнка (в случае если лицо является законным представителем ребёнка, то есть родителем, усыновителем, опекуном или попечителем),

☐ совпадает с Заказчиком,

2. Ф.И.О. (отец/мать (бесспорное родство)/опекун) _____
_____,
число/месяц/год рождения _____,
документ, удостоверяющий личность: ☐ паспорт гражданина Российской Федерации ☐ иной документ: _____
серия _____ номер _____ дата выдачи ____ . ____ . _____г. код подразделения _____ – _____
выдан _____
_____,
адрес места жительства: _____
_____,
иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения: _____
_____,
телефон _____, адрес электронной почты _____,

☐ действующий(-ая) от своего имени ☐ и в интересах ребёнка (в случае если лицо является законным представителем ребёнка, то есть родителем, усыновителем, опекуном или попечителем),

☐ действующий(-ая) в интересах ребёнка (в случае если лицо является законным представителем ребёнка, то есть родителем, усыновителем, опекуном или попечителем),

☐ совпадает с Заказчиком,

3. Ф.И.О. (ребёнок) _____,
число/месяц/год рождения _____,
документ, удостоверяющий личность: ☐ паспорт гражданина Российской Федерации ☐ свидетельство о рождении ☐ иной документ: _____
серия _____ номер _____ дата выдачи ____ . ____ . _____г. код подразделения _____ – _____
выдан _____
_____,
адрес места жительства: _____
_____,
иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения: _____
_____,
телефон _____, адрес электронной почты _____,

совместно именуемым в дальнейшем **Пациент**, платные медицинские услуги по проведению молекулярно-генетического исследования биологического материала Пациента по установлению биологического родства (далее – услуги) согласно перечню, установленному сметой, подписываемой Сторонами и являющимся неотъемлемой частью Договора (далее – смета), в соответствии с условиями и требованиями, предусмотренными Договором.

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

1.2. Исполнитель оказывает услуги и выдаёт необходимую медицинскую документацию согласно условиям, порядку и в сроки, установленные в смете. Срок оказания (ожидания) услуг Исполнителем начинает исчисляться со дня взятия Исполнителем биологического материала у всех лиц, участвующих в исследовании. Услуга является оказанной Исполнителем с момента её фактического оказания / выдачи Исполнителем медицинской документации в порядке, установленном сметой.

1.2.1. Исполнитель предоставляет Пациенту (законному представителю Пациента) по его требованию после исполнения Договора, без взимания дополнительной платы, медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), в соответствии с

ОБРАЗЕЦ

порядком и сроками предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них, утверждёнными Приказом Минздрава России от 31.07.2020 N 789н, и Правилами внутреннего распорядка для пациентов Группы ИНВИТРО, размещёнными на сайте.

1.3. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № Л041-01024-74/00364039, выданной Министерством здравоохранения Челябинской области (454091, г. Челябинск, ул. Кирова, 165, тел.: +7 (351) 240-22-22), начала действия лицензии: 30.12.2020 г., дата окончания действия лицензии: бессрочно, на осуществление следующих работ (услуг), выполняемых в составе лицензируемого вида деятельности[1]:

- при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; функциональной диагностике; организации сестринского дела; вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; лечебному делу; бактериологии; паразитологии;
- при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); педиатрии; терапии; управлению сестринской деятельностью; организации здравоохранения и общественному здоровью;
- при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); гастроэнтерологии; кардиологии; неврологии; детской кардиологии; детской эндокринологии; неврологии; нефрологии; ревматологии; урологии; генетике; ультразвуковой диагностике; функциональной диагностике; эндокринологии; бактериологии; клинической лабораторной диагностике; диетологии; онкологии; аллергологии и иммунологии;
- при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым);
- при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

2. Общие положения

2.1. Договор является публичным договором-офертой. Правила оказания платных медицинских услуг, утверждённые Исполнителем (далее – Правила), прайс-лист размещаются Исполнителем на сайте и в медицинских офисах 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 (Пациент) подтверждает ознакомление и полное, безоговорочное согласие с условиями Договора.

3. Права и обязанности Сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Качественно, в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим и иным требованиям, установленным законодательством РФ, в установленные сметой сроки оказать услуги.

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

3.2. Исполнитель вправе в случае необходимости привлекать Соисполнителей для оказания услуг.

3.3. Заказчик (Пациент):

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

3.3.2. Обязуется обеспечить явку всех лиц, участвующих в исследовании, для взятия у них Исполнителем биологического материала.

3.3.3. Обязуется оплатить услуги Исполнителя в соответствии с условиями Договора.

3.3.4. Обязуется соблюдать Правила.

3.3.5. Подтверждает и гарантирует, что указанные им в Договоре абонентские номера и/или адреса электронной почты принадлежат ему, и соглашается с тем, что он самостоятельно несёт риск любых негативных последствий при указании недостоверных (неточных) сведений.

4. Порядок расчётов

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, и не облагается НДС в соответствии с пп. 2 п. 2 ст. 149 Налогового кодекса РФ.

4.2. Заказчик осуществляет оплату услуг до начала их оказания наличными денежными средствами или с использованием платёжных банковских карт.

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, причинённый жизни или здоровью 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 уведомлён, что при первом заказе услуг и оплаты их стоимости Заказчику открывается базовый бонусный счёт в Программе поощрения постоянных клиентов «Здоровый кэшбэк» (далее – Программа), Организатором которой является в том числе Исполнитель. С Правилами Программы, в том числе порядком вступления в Программу, Заказчик может ознакомиться на сайте и в медицинских офисах Исполнителя/Партнёров Программы.

5.5. Одновременно с подписанием Договора Заказчик (Пациент) предоставляет Исполнителю согласие на осуществление Исполнителем обработки персональных данных Заказчика (Пациента) в порядке и на условиях, определённых 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 через мессенджеры/по СМС, готовой документации по электронной почте, рекламных и/или иных информационных материалов (как определено в п. 5.6 Договора), участия Заказчика (Пациента) в маркетинговых программах/программах лояльности, – в связи с необходимостью привлечения Исполнителем третьих лиц (Соисполнителей) для предоставления указанных услуг Заказчику (Пациенту).

ОБРАЗЕЦ

[1] Перечень услуг, оказываемых Исполнителем в составе лицензируемого вида деятельности по конкретному адресу, определяется лицензией на осуществление медицинской деятельности.

5.6. Подписанием Договора:

Заказчик	☐ **соглашается**	☐ **не соглашается**
предполагаемый отец/предполагаемая мать	☐ **соглашается**	☐ **не соглашается**
отец/мать (бесспорное родство)/опекун	☐ **соглашается**	☐ **не соглашается**
ребёнок	☐ **соглашается**	☐ **не соглашается**

получать распространяемые Исполнителем (и/или третьими лицами, привлекаемыми им 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. 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), /или уполномоченным государственным (муниципальным) органам власти, в целях подтверждения данного факта, что повлечёт предоставление вышеуказанным лицам документального подтверждения дачи настоящего согласия.

Подписанием Договора Заказчик (Пациент) подтверждает, что им проверено поле, отмеченное в настоящем пункте Договора, в настоящем пункте в соответствующем поле отмечено действительное волеизъявление Заказчика (Пациента).

6. Заключительные положения

6.1. Договор составлен в количестве экземпляров, соответствующих количеству Сторон Договора, имеющих одинаковую юридическую силу, с учётом множественности лиц, участвующих в Договоре на стороне Пациента, вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до полного выполнения Сторонами своих обязательств по Договору.

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. В случае противоречий между положениями Договора и Правил приоритетную силу имеют положения Договора.

6.4. До заключения Договора Заказчик (Пациент) подтверждает, что он уведомлён о том, 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 определённый на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации), может снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя услуги, 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 ознакомление с порядком предоставления услуг Исполнителем, условиями и требованиями к их предоставлению.

ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

ООО «ИНВИТРО-Урал»
Генеральный директор

_____ Потлов Д.А.

М.П.

Заказчик

_____
(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения: _____

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

_____ _____,
серия номер

выданный _____
_____
_____ года, код подразделения: _____

Адрес места жительства: _____
_____

Телефон: _____

e-mail: _____

_____/_____/
(подпись) (ФИО)

Пациент

1. Предполагаемый отец/предполагаемая мать _____/_____/
(подпись) (ФИО)

2. Отец/мать (бесспорное родство)/опекун _____/_____/
(подпись) (ФИО)

3. Ребёнок
_____/_____/
(подпись) (ФИО)

ОБРАЗЕЦ

Приложение №1
к Договору на оказание медицинских услуг от _____ 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**

_____
(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 «ИНВИТРО-Урал»** (далее – **оператор**), адрес юридического лица: г. Челябинск, ул. Российская, д. 275, телефон: +7 (351) 729-88-33, адрес сайта: www.invitro.ru, 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 партнёрами, рекламы поименованных услуг/товаров, в том числе с применением методов таргетинга и профайлинга;
– приглашения к участию в клинических исследованиях лекарственных препаратов;
– приглашения к участию в маркетинговых исследованиях;
– 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, сообщённые 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 её 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 путём 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) 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

ОБРАЗЕЦ

основании совокупности внесённой 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, а также операторам связи, лицам, осуществляющим обработку оплаты по Договору, совершенной с использованием платёжных банковских карт, операторам платёжных 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» (196105, г. Санкт-Петербург, ул. Благодатная, д. 18, лит. А),
- 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 обл., 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 «ИНВИТРО Холдинг Стандарт» (121059, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Дорогомилово, ул. Киевская, д. 7, к. 2, помещ. 1),
- ООО «ИНВИТРО-Объединённые 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),
- ПАО «МТС» (109147, г. Москва, ул. Марксистская, д. 4);
- 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),
- АО «ПФ «СКБ Контур» (620144, Свердловская обл., г. Екатеринбург, ул. Народной Воли, стр. 19А),
- ПАО Сбербанк (117312, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19),
- АО «АЛЬФА-БАНК» (107078, г. Москва, ул. Каланчевская, д. 27),
- ПАО «Промсвязьбанк» (109052, г. Москва, ул. Смирновская, д. 10, стр. 22),
- АО «Райффайзенбанк» (119002, Россия, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Арбат, Смоленская-Сенная пл., д. 28),
- Банк ВТБ (ПАО) (191144, г. Санкт-Петербург, пер. Дегтярный, д. 11, литер А),
- АО «Банк Русский Стандарт» (105187, г. Москва, ул. Ткацкая, д. 36),
- ООО «Комус-Р2» (300000, Тульская обл., г. Тула, ул. Войкова, д. 2/5, пом. 6/эт. 1),
- АО «НСПК» (115184, г. Москва, ул. Большая Татарская, д. 11),
- ООО «ИОМ Анкетолог» (630099, Новосибирская обл., г. Новосибирск, пр-кт Красный, д. 29, офис 54),
- АО «АУДИОТЕЛЕ» (109147, г. Москва, ул. Марксистская, д. 22, стр. 1, подъезд 2, эт. 3, комн. 7),
- 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 «ОСК» (119270, г. Москва, Лужнецкая наб., д. 10А, стр. 3, эт. 3, пом. 1, ком. 14);

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 путём предоставления в медицинском офисе 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 уведомлён 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;

■ 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 медицинских офисах организатора маркетинговой программы/оператора или партнёров маркетинговой программы (далее – медицинский офис), и представляется в письменном виде в медицинский офис с предъявлением документа, удостоверяющего личность участника;

• участие участника в маркетинговой программе прекращается в течение 10 (десяти) рабочих дней, следующих за днём 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.

ОБРАЗЕЦ

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)

ОБРАЗЕЦ

Смета к Договору на оказание медицинских услуг от _____ г.

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «ИНВИТРО-Урал» (ОГРН 1027402903901)

Заказчик: _____
(фамилия, имя, отчество)

Пациент:
1. Ф.И.О. (предполагаемый отец/предполагаемая мать) _____
_____,
☐ действующий(-ая) от своего имени ☐ и в интересах ребёнка (в случае если лицо является законным представителем ребёнка, то есть родителем, усыновителем, опекуном или попечителем),
☐ совпадает с Заказчиком,

2. Ф.И.О. (отец/мать (бесспорное родство)/опекун) _____
_____,
☐ действующий(-ая) от своего имени ☐ и в интересах ребёнка (в случае если лицо является законным представителем ребёнка, то есть родителем, усыновителем, опекуном или попечителем),
☐ действующий(-ая) в интересах ребёнка (в случае если лицо является законным представителем ребёнка, то есть родителем, усыновителем, опекуном или попечителем),
☐ совпадает с Заказчиком,

3. Ф.И.О. (ребёнок) _____.

Код	Наименование услуги	Срок выполнения (ожидания)	Стоимость, рубли

Настоящим Пациент (предполагаемый отец/предполагаемая мать, отец/мать (бесспорное родство)/опекун, ребёнок) подтверждает, что ознакомлен и согласен со следующей информацией о проводимом исследовании:

а) Пациент подтверждает, что до начала оказания услуг Пациент поставил в известность медицинского работника и сообщил, что у Пациента отсутствуют следующие противопоказания для проведения исследования:

Противопоказания для Пациента:

1	Переливание крови (или продуктов, изготовленных на основе крови человека) в течение последних трёх месяцев перед взятием биологического материала для исследований
2	Трансплантация костного мозга и/или стволовых клеток

б) Результат исследования: ***«Отцовство исключено» / «Отцовство не исключено», «Материнство исключено» / «Материнство не исключено».***

Причинами ложноотрицательных результатов исследования могут быть:
• химеризм;
• однородительские дисомии и иные хромосомные аномалии.

Причинами ложноположительных результатов исследования могут быть:
• случайное совпадение индивидуализирующих признаков неродственных лиц (вероятность этого увеличивается при невозможности исследования генетического материала бесспорного родителя).

При получении ложноположительных и ложноотрицательных результатов, а также ***«Отцовство исключено» / «Отцовство не исключено», «Материнство исключено» / «Материнство не исключено»*** **исследование считается выполненным, денежные средства не возвращаются.**

I. **Для направления чека Заказчику в электронной форме:**

☐ **по электронной почте[1]:** ☐ **по телефону:**

Подписанием сметы Заказчик подтверждает своё согласие на получение кассового чека в электронной форме (или сведений в электронной форме, идентифицирующих чек, и информации об адресе информационного ресурса, который размещён в информационно-телекоммуникационной 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).

II. **Порядок (способ) предоставления результата исследования[2]:**

☐ доставка в запечатанном конверте в медицинский офис по адресу[3]: _____
_____

Лицо(а), которому(ым) выдаётся результат исследования: _____
_____

Количество выдаваемых экземпляров результатов исследования: _____

ОБРАЗЕЦ

☐ E-mail доставка[1]. Указываются адреса электронных почт для направления результата исследования в электронной форме*:

Заказчику: **Пациенту:**

*не указываются, если выбран способ предоставления результата исследования: доставка в запечатанном конверте в медицинский офис.

[1] Заказчик (Пациент) в случае указания адреса электронной почты в качестве способа предоставления результата исследования, способа направления кассового чека, подтверждает своё согласие с тем, что передаваемая информация, в том числе результаты исследований, проведённых Исполнителем, будут направлены Заказчику (Пациенту) с использованием открытых (незащищённых) каналов связи. Результат исследования направляется по e-mail при условии дачи согласия на обработку персональных данных Заказчиком (Пациентом).

[2] Результат исследования также может быть получен Заказчиком (Пациентом) по обращению в бумажном виде в медицинском офисе Исполнителя в порядке, установленном Правилами оказания платных медицинских услуг, утверждёнными Исполнителем (далее – Правила) (данный способ недоступен, если выбран способ предоставления результата исследования: доставка в запечатанном конверте в медицинский офис). Результат исследования также размещается в сервисе «Личный кабинет» (https://lk3.invitro.ru/login) (учётная запись ребёнка) с применением необходимых средств и способов защиты информации, за исключением, когда выбран способ предоставления результата исследования: доставка в запечатанном конверте в медицинский офис.

[3] Дополнительная платная услуга. При выборе указанного способа предоставления результата исследования уведомление о готовности через мессенджеры/по СМС, доставка результата исследования на адрес электронной почты не осуществляются, использование кодового слова, в т. ч. для уточнения факта готовности результата, недоступно, результат исследования не размещается в сервисе «Личный кабинет» (https://lk3.invitro.ru/login).

III. **Кодовое слово**:**

**Указывается на случай возникновения форс-мажорных обстоятельств, а также для уточнения факта готовности результата (за исключением если выбран способ предоставления результата исследования: доставка в запечатанном конверте в медицинский офис).

IV. **Уведомление о готовности через мессенджеры/по СМС (указываются номера телефонов)***:**

Заказчику: **Пациенту:**

***не указываются, если выбран способ предоставления результата исследования: доставка в запечатанном конверте в медицинский офис. Уведомление о готовности через мессенджеры/по СМС направляется при условии дачи согласия на обработку персональных данных Заказчиком (Пациентом).

Подписанием сметы Заказчик (и Пациент) подтверждает:

- согласие с перечнем и объёмом услуг, предусмотренных сметой, включая заинтересованность в получении услуг на условиях сметы;
- правильность указанных в смете данных и соглашается с тем, что он самостоятельно несёт риск любых негативных последствий при указании недостоверных (неточных) сведений;
- что он ознакомлен с условиями отправки уведомлений о готовности и доставки результата исследования по сетям общего пользования, размещёнными в медицинских офисах Исполнителя или на сайте www.invitro.ru, и соглашается с ними;
- что он ознакомлен с Правилами, размещёнными на сайте www.invitro.ru и действующими на дату подписания настоящей сметы, и соглашается с ними.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Пациент 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 «Независимая лаборатория ИНВИТРО».

Медицинским работником _____

(должность, ФИО медицинского работника)

в доступной для Пациента форме Пациенту разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, 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. 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 Пациента, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости йода, спирта.

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". 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) 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 Пациента, в том числе после смерти:

1. Предполагаемый отец/предполагаемая мать:

_____

(ФИО гражданина, контактный телефон, адрес электронной почты)

2. Отец/мать (бесспорное родство)/опекун:

_____

(ФИО гражданина, контактный телефон, адрес электронной почты)

ОБРАЗЕЦ

3. Ребёнок:

_____

(ФИО гражданина, контактный телефон, адрес электронной почты)

Исполнитель
ООО «ИНВИТРО-Урал»
Генеральный директор

_____ Потлов Д.А.

М.П.

Заказчик
_____/_____/
(подпись) (ФИО)

Пациент

1. Предполагаемый отец/предполагаемая мать
_____/_____/
(подпись) (ФИО)

2. Отец/мать (бесспорное родство)/опекун
_____/_____/
(подпись) (ФИО)

3. Ребёнок
_____/_____/
(подпись) (ФИО)

Расписались в моем присутствии:
Представитель Исполнителя

_____

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

ОБРАЗЕЦ