

Заявление № _____
о присоединении к Публичному договору-оферте на оказание платных медицинских услуг ООО «Клиники Чайка»

г. Москва

«__» _____ 20__ года

Я, нижеподписавшийся _____,
(ФИО Заказчика, полностью), «__» _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____,
_____, паспорт серия _____ номер _____, выдан _____,
(название выдавшего органа, код подразделения и дата выдачи), контактные телефоны: домашний _____,
мобильный _____, адрес электронной почты: _____,
почтовый адрес (заполняется в случае отличия от адреса регистрации) _____

являющийся законным представителем _____,
(ФИО Пациента несовершеннолетнего/недееспособного лица, полностью), «__» _____ года рождения, что подтверждается Свидетельством о рождении серия _____ номер _____ от «__» _____ г. (далее по тексту – «Пациент»)
(заполняется при достижении Пациентом возраста 15 лет) зарегистрированного по адресу: _____,
_____, паспорт серия _____ номер _____, выдан _____,
(название выдавшего органа, код подразделения и дата выдачи), контактные телефоны: домашний _____,
мобильный _____, адрес электронной почты: _____,
почтовый адрес (заполняется в случае отличия от адреса регистрации) _____¹

заявляю, что ознакомился с условиями Публичного договора-оферты на оказание платных медицинских услуг ООО «Клиники Чайка» в редакции от «01» декабря 2017 г. (далее – «Договор», «Оферта», «Договор-оферта»), юридический адрес: 123317, г. Москва, Набережная Пресненская, д. 8, стр. 1, ОГРН 1117746910027 (далее – «Клиника») и выражаю свое согласие с изложенными в нем обязательствами и правами Сторон и обязуюсь их соблюдать. Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю факт того, что мне полностью понятны и разъяснены юридические и иные последствия моего соглашения (акцепта) с предложением (офертой) Клиники. Взаимоотношения Сторон в рамках настоящего Заявления о присоединении к Публичному договору-оферте на оказание платных медицинских услуг Клиники регулируются действующим законодательством РФ.

Согласие на обработку персональных данных

Настоящим заявлением я, в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», ст. 13 Федерального закона РФ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ, даю свое согласие на обработку моих (Пациента) персональных данных ООО «Клиники Чайка», юридический адрес: 123317, г. Москва, Набережная Пресненская, д. 8, стр. 1, ОГРН 1117746910027; ООО «СПОРТМЕДИЦИНА», юридический адрес: 121614, г. Москва, ул. Крылатская, д.15, ОГРН 1167746093910 (далее – «Оператор»), в порядке, указанном ниже и в Разделе 8 Публичного договора-оферты на оказание платных медицинских услуг Клиники в редакции от «01» декабря 2017 г., включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), информацию о факте обращения за медицинской помощью, данные о состоянии здоровья, диагнозах, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, и иная информация, полученная при моем обследовании и лечении (далее – «персональные данные») при условии, что обработка данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью, обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне (Пациенту) медицинской помощи я, в интересах обследования и лечения, предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои (Пациента) персональные данные, должностным лицам Оператора, осуществляющим обработку персональных данных в силу своих должностных обязанностей, медицинским работникам медицинских организаций, с которыми Оператором заключен договор на оказание платных медицинских услуг, в рамках которого мне (Пациенту) оказывается медицинская помощь.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи в рамках договоров на оказание платных медицинских услуг (далее – договор), заключенных Оператором с юридическими и физическими лицами, сведения о которых указываются ниже в таблице, (далее – Заказчик), я, в интересах обследования и лечения, предоставляю право работникам Оператора в течение срока оказания медицинских услуг (срок прикрепления) по договору передавать мои (Пациента) персональные данные Заказчику, в том числе, включающие в себя информацию о состоянии моего (Пациента) здоровья, диагнозе, заболеваниях, с целью учета и отчетности по договору, а также с целью осуществления Заказчиком контроля качества объемов и сроков оказания медицинской помощи по договору, с целью сообщения информации о наличии у меня заболевания, исключающего медицинское обслуживание по программам добровольного медицинского страхования (для договора, заключенного со страховой компанией), с целью предоставления Заказчику результатов проведения медицинского осмотра (профилактического, периодического, предварительного), в том числе предоставлять уполномоченным сотрудникам Заказчика на обозрение медицинскую документацию (медицинскую карту) (ее копии) в полном объеме.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам, а также путем передачи персональных данных (в том числе информацию, содержащую сведения о врачебной тайне), по телефону на номер, указанный Заказчиком, с целью согласования оказания мне (Пациенту) медицинских услуг в случаях, предусмотренных договором (в случае если медицинские услуги оказываются в рамках такого договора).

Срок хранения моих (Пациента) персональных данных соответствует сроку хранения медицинских документов (в т.ч. медицинской карты) и составляет не менее 25 (двадцать пять) лет. Передача моих (Пациента) персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации. Настоящее согласие дано мной с момента подписания и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан:

- прекратить их обработку по истечению периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных мне до этого медицинских услуг;

¹ Весь блок заполняется только в случае если Заказчик является законным представителем Пациента.

- по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные, в том числе из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Оператором моего контактного телефона, адреса электронной почты и почтового адреса, с целью информирования меня о предстоящем посещении врача, сроках оказания услуг, предоставления иных, связанных с исполнением договора на оказание медицинских услуг, сведений, в том числе результатов медицинского исследования, анализов, иную медицинскую документацию, путем предоставления соответствующей информации с помощью электронной почты, смс-информирования, почтовой рассылки (я уведомлен, что информация будет направлена по незащищенным каналам связи, в связи с чем, Оператор не может нести ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам).

Сведения о лицах, которым в соответствии с ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья Пациента

Наименование юридического лица (ОГРН), ФИО физического лица	Договор на оказание платных медицинских услуг (номер, дата)	Срок при-крепления	Дата предо-ставления согласия	ФИО, подпись Па-циента (Законного представителя) (собственноручно)	Отметка об отзыве согласия на предостав-лении информации (дата, основание отзыва – заявление, уведомление, документ о досрочном откреплении и др.) ²

Для заполнения пациентами, направленными в ООО «Клиники Чайка» врачами – сотрудниками иных медицинских организаций, а также медицинскими организациями.

Я, _____ (ФИО Пациента или законного представителя), реализуя свое право пациента на дачу согласия на разглашение моей врачебной тайны, в соответствии с ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие ООО "Клиники Чайка" на разглашение моей врачебной тайны лечебным учреждениям (медицинским организациям), медицинским партнерам ООО "Клиники Чайка", в том числе должностным лицам медицинских организаций, направившим меня на медицинское обслуживание в ООО «Клиники Чайка», в целях медицинского обследования и лечения, а также в целях отслеживания результата моего лечения и обмену медицинской информацией между медицинскими организациями.

Дата «__» _____ 2018 г. подпись _____

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

Настоящим заявлением я даю свое информированное добровольное согласие на оказание мне (Пациенту) медицинских услуг в ООО «Клиники Чайка», юридический адрес: 123317, г. Москва, Набережная Пресненская, д. 8, стр. 1, ОГРН 1117746910027, ООО «СПОРТМЕДИЦИНА», юридический адрес: 121614, г. Москва, ул. Крылатская, д.15, ОГРН 1167746093910 (далее – «Клиника»), в т.ч. 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 Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (далее – «Перечень»), для **получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)**, а именно даю свое согласие на опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, не-прямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрическое исследование; термометрия; тонометрия; не инвазивные исследования органов зрения и зрительных функций; не инвазивные исследования органов слуха и слуховых функций; исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); рентгенологические методы обследования, в том числе флюорографии (для лиц старше 15 лет) и рентгенографии, ультразвуковое исследование, доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно; медицинский массаж; лечебная физкультура.

Мне известны права пациента, предусмотренные ст. 18, 20-22, 28, 41 Конституции Российской Федерации, ст. 13, 19-22 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 16 Федерального закона от 29.11.2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

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

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

- Я извещен(а) о том, что мне (Пациенту) необходимо регулярно принимать назначаемые врачом препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных врачом лекарств.

- Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение назначенного лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения, снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

² Заполняется администратором при получении соответствующего документа.

- Я поставлен(а) в известность о необходимости предоставления медицинским работникам медицинской организации сведений обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (Пациентом) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (Пациента) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я удостоверяю, что получил(а) полную информацию обо всех медицинских услугах, оказываемых медицинской организацией, перечень которых указан в Прайс-листе на медицинские услуги, о программах медицинского обслуживания, о правах и обязанностях пациента, в том числе о праве Пациента на отказ от медицинского вмешательства, о порядке и условиях оказания медицинских услуг в Клиниках медицинской организации, а также информацию о медицинской организации, осуществляющей медицинское вмешательство, о наличии лицензии, о врачах-специалистах, уведомлен(а) о том, что данная информация доступна в любой Клинике медицинской организации, а также на официальном сайте медицинской организации <http://www.chaika.com>.

- Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами Договора-оферты, в рамках которого мне (Пациенту) оказываются медицинские услуги, со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и объем предоставленной информации меня удовлетворяет. Мне понятен смысл сообщенной мне информации и терминов, на меня не оказывалось давление.

- Подписывая настоящее согласие, подтверждаю наличие у меня установленной законодательством способности приобретать и осуществлять гражданские права, создавать гражданские обязанности и исполнять их (гражданская дееспособность). Подтверждаю, что не лишен дееспособности ни полностью, ни частично.

Заказчик (законный представитель):

Пациент (с 15 лет или по депозиту):³

(ФИО, подпись Заказчика собственноручно)

(ФИО, подпись Пациента собственноручно)

³ Заполняется в случае если Заказчик и Пациент не являются одним лицом.