

ООО " Центр Витилиго"

191123 г. Санкт-Петербург ул. Радищева дом №38/20

Код ОГРН	1	1	4	7	8	4	7	1	5	0	9	3	4
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных пациента

Я, нижеподписавшийся {ФИО}
 зарегистрированный по адресу: {Адрес},
 проживающий по адресу: {Адрес},
 документ, удостоверяющий личность паспорт {СН},
 выдан {Выдан}, {Дата}

в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных", в целях ведения медицинского учета подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Центр Витилиго», расположенное по адресу: 191123, г. Санкт-Петербург, ул. Радищева, д. 38/20, корп./ст. А, кв./оф. 8Н (далее – Учреждение-Оператор), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Учреждением-оператором мне медицинской помощи я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными: - обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных неавтоматизированным способом. - обработку моих персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы. - передачу моих персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Учреждения-оператора, в интересах моего обследования и лечения, в том числе, с возможностью передачи с использованием бумажных и машинных носителей, в том числе по каналам связи и по внутренней сети организации с использованием технических и программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Учреждения-Оператора, включенных в соответствующий Перечень должностных лиц, в том числе лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. Срок использования моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет, пять лет – для поликлиники. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия. Подтверждаю, что до подписания настоящего согласия я ознакомился с Положением о защите персональных данных пациентов ООО «Центр Витилиго».

Настоящее согласие дано мной 12 марта 2019 г. и действует бессрочно. Условием прекращения обработки персональных данных является получение Учреждением- оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных. Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Подпись субъекта персональных данных _____ расшифровка подписи

ДОГОВОР N {№}
на предоставление платных медицинских услуг

г. Санкт-Петербург

12 марта 2019 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Центр Витилиго», именуемое в дальнейшем "**Клиника**", лицензия ЛО-78-01-008068 от 11.08.2017 г., в лице генерального директора Юновидовой Анастасии Александровны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и {**ФИО**}, именуемый в дальнейшем "**Пациент**", с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

Термины и обозначения используемые в договоре:

Если иное не установлено в настоящем Договоре, определения, используемые в настоящем Договоре, будут иметь значения, как указано ниже:

«**Платные медицинские услуги**» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

«**Потребитель**» - именуемый далее **Пациент** физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором.

«**Заказчик**» - Юридическое лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу Потребителя;

«**Исполнитель**» - именуемая далее Клиника медицинская организация Общество с ограниченной ответственностью «Центр Витилиго», предоставляющая платные медицинские услуги Потребителям (пациентам).

СВЕДЕНИЯ ОБ КЛИНИКЕ:

Наименование и фирменное наименование	Общество с ограниченной ответственностью «Центр Витилиго», сокращенное наименование: ООО «Центр Витилиго»
Адрес места нахождения	Санкт-Петербург, улица Радищева, д. 38/20, корп./ст. А, кв./оф. 8Н
Телефон, факс, e-mail	Тел.(факс) : +7(921)911-55-03 , e-mail:
Официальный сайт в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»	www.vitiligobolshe.net
Гос. регистрация юридического лица:	
Свидетельство (серия, номер, дата)	Серия 78 №009121349 от 24.04.2014г.
ОГРН ИНН КПП	1177847166837 7842134470 784201001
Орган, осуществивший гос. регистрацию	Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 15 по Санкт-Петербургу
Лицензия на осуществление медицинской деятельности:	
Номер лицензии и дата ее регистрации	Лицензия № ЛО-78-01-008068 от 11 августа 2017 г. на осуществление медицинской деятельности, Срок действия: бессрочно.
Наименование, адрес места нахождения и телефон лицензирующего органа	Комитет по здравоохранению города Санкт-Петербурга. Адрес: Адрес: 191023, Санкт-Петербург, Малая Садовая ул., д. 1; телефон: (812) 571-09-06
Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией	При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной - и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; общей практике; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: общей врачебной практике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: аллергологии и иммунологии; дерматовенерологии; косметологии; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; психотерапии; физиотерапии; функциональной диагностике; эндокринологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель берет на себя обязательства в период действия настоящего договора оказывать Потребителю платные медицинские услуги, а Потребитель (Заказчик или Законный представитель Потребителя) уплачивает Исполнителю вознаграждение в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Предметом настоящего договора является оказание силами и средствами Клиники квалифицированной и специализированной медицинской помощи на возмездной основе Пациенту в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности (Лицензия ЛО-78-01-006401 от 14.12.2015 г. выдана Комитетом по здравоохранению города Санкт-Петербурга; Адрес: 191023, Санкт-Петербург, Малая Садовая ул., д. 1; телефон: (812) 571-09-06), перечнем предоставляемых медицинских услуг, разрешенным на территории РФ и действующим прейскурантом Клиники. Клиника оказывает услуги в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006). Пациент согласен на получение медицинской помощи и медицинское вмешательство.

1.3. Стороны пришли к соглашению, что перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором; стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты указываются в приложении № 1 которое является неотъемлемой частью настоящего договора;

1.4. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Пациента с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия Пациента, Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные услуги по настоящему Договору

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Клиника оказывает услуги по настоящему Договору:

2.1.1. В помещении по адресу: Санкт-Петербург, Радищева 38/20 корп./ст. А.

2.2. Клиника оказывает услуги по настоящему Договору понедельник-суббота с 9:00 до 21:00.

2.3. Предоставление платных медицинских услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на приём. Предварительная запись Пациента на приём осуществляется через регистратуру Клиники посредством телефонной связи либо путём непосредственного обращения Пациента в регистратуру, также по интернету.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Клиника обязана:

3.1.1. Обеспечить Пациента (Заказчика или Законного представителя Потребителя) бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении Исполнителя (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов, а также предоставить на ознакомление список своих сотрудников, обладающих специальным образованием и профессиональными навыками, которые будут оказывать медицинские услуги. Оказывать медицинские услуги своевременно и качественно в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.1.2. Использовать в своей деятельности по оказанию медицинских услуг методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешённые к применению в установленном законом порядке.

3.1.3. Информировать Пациента или его законного представителя в процессе оказания медицинских услуг о предстоящих основных или дополнительных лечебно-профилактических и прочих процедурах и их стоимости, необходимых медикаментозных препаратах и расходных материалах и их стоимости. Предупредить Пациента (Заказчика или Законного представителя Потребителя) в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором. Без согласия Потребителя (Заказчика или Законного представителя Потребителя) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные платные медицинские услуги.

3.1.4. Организовывать за счет Пациента и с его согласия необходимые обследования в других медицинских учреждениях, с которыми имеются договорные отношения, при невозможности выполнения таковых силами Клиникой.

3.1.5. Вести медицинскую документацию.

3.1.6. Извещать Пациента немедленно в случае возникновения препятствий для выполнения условий настоящего договора.

3.1.7. Давать при необходимости по просьбе Потребителя или его Законного представителя разъяснения о ходе оказания услуг.

3.1.8. Не передавать и не показывать третьим лицам без согласия Потребителя или его Законного представителя находящуюся у Исполнителя информацию (документацию) о Потребителе.

3.2. Клиника имеет право:

3.2.1. Устанавливать стоимость оказываемых медицинских услуг в соответствии с действующим на момент оказания услуги прейскурантом.

3.2.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, Клиника обязана предупредить об этом Пациента. Без согласия Пациента Клиника не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3.2.3. Изменять сроки оказания медицинских услуг по причинам, не предусмотренным настоящим договором, предварительно письменно согласовав такое изменение с пациентом.

3.2.4. Заменить лечащего врача по личной просьбе Пациента, или по стечению обстоятельств (болезнь, отпуск лечащего врача, психологическая несовместимость и других обстоятельств).

3.3. Пациент обязан:

3.3.1. Следовать плану лечения, срокам этапов лечения, срокам визитов в Клинику, в том числе на профилактические и контрольные обследования и осмотры.

3.3.2. Пациент должен предоставить всю известную ему необходимую информацию медицинским работникам Клиники о состоянии своего здоровья, заболеваниях, аллергических реакциях и т.д., сведения, касающиеся его личности, состояния здоровья родственников и т.д., необходимые для оказания медицинской услуги.

3.3.3. Являться на прием в строго назначенное время, а при невозможности явки, заранее, не менее чем за 24 часа предупредить Клинику о невозможности явки на прием. В случае опоздания Пациента более чем на 15 (пятнадцать) минут по отношению к назначенному Пациенту времени получения услуги, Клиника оставляет за собой право на перенос или отмену данной услуги, при отсутствии угрозы здоровью пациента.

3.3.4. Строго соблюдать и выполнять установленные врачом профилактические и лечебные мероприятия, а также соблюдать правила поведения пациентов в Клинике.

3.3.5. Немедленно известить врача о любых осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения.

3.3.6. Удостоверить личными подписями факты ознакомления и согласия с настоящим договором, информированными соглашениями на медицинские вмешательства, а так же иными документами.

3.3.7. Своевременно подписывать отчеты (акты) об оказании услуг Исполнителем.

3.3.8. В случае отказа от медицинских услуг (части медицинских услуг) уведомить об этом Исполнителя в письменной форме.

3.3.9. Уведомить Клинику в письменной форме о несоблюдении указаний, рекомендаций Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения. Оплатить оказание медицинских услуг на условиях, указанных в настоящем договоре.

3.3.10. Ознакомиться с прейскурантом Клиники, Правилами поведения пациентов в Клинике

3.3.11. Возместить имущественный вред Клинике в случае его причинения.

3.4. Пациент имеет право:

3.4.1. Получать информацию об объёме и характере медицинских услуг, оказываемых ему Клиникой.

4. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

4.1. Оплата оказанных медицинских услуг по настоящему договору производится Пациентом в полном объеме, согласно действующему прейскуранту и приложению № 1 к настоящему договору. Оказываемые медицинские услуги указываются в Приложении № 1 к настоящему договору.

4.2. Пациент обязуется рассмотреть и подписать отчеты (акты выполненных работ, результаты анализов, заключения), представленные Клиникой, при их получении в Клинике, при условии отсутствия у Потребителя или его Законного представителя каких-либо замечаний к оказанным Исполнителем услугам.

При наличии замечаний к оказанным Исполнителем услугам Пациент или его Законный представитель сразу указывает об этом в отчете (акте, результатах анализов, заключениях) и после устранения Исполнителем всех выявленных замечаний подписывает отчет (акт) и передает один экземпляр Исполнителю.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Клиника несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Пациенту неисполнением или ненадлежащим исполнением условий настоящего Договора.

5.2. Клиника освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

5.3. При разглашении одной из сторон сведений, относящихся к категории конфиденциальной информации, виновная сторона несет ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.4. Претензии Пациента по вопросам качества оказанных ему медицинских услуг рассматриваются в установленные действующим законодательством сроки.

6. ПРЕКРАЩЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА.

6.1. Договор подлежит расторжению по воле сторон при надлежащем исполнении договора Сторонами.

6.2. Пациент имеет право расторгнуть в одностороннем порядке договор и прекратить отношения с Клиникой в любое время, оплатив Клинике по прейскуранту фактически понесенные Клиникой расходы. Стороны подписывают акт о расторжении договора.

6.3. Если Пациент не выполняет рекомендаций Клиники, то оказание медицинской помощи становится невозможным. Отказ или уклонение Пациента следовать рекомендациям, связанным с лечебным процессом, и не соблюдение правил поведения для пациентов Клиники равносильно одностороннему расторжению договора.

6.4. Прекращение и расторжение договора возможно и по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ и применимым для данного вида договоров.

6.5. Неоплата услуги (или ее части, отраженной в прейскуранте) расценивается Клиникой как односторонний отказ от исполнения обязательств.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА.

7.1. В соответствии с п.3 ст. 13 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Пациент определяет лица или круг лиц, которым можно передавать информацию, составляющую врачебную тайну.

7.2. Лица или круг лиц, которым можно сообщать о факте посещения Клиники и сведения, полученные при обращении к врачу в ходе обследования и лечения:

7.3. Лица или круг лиц, которым можно сообщать сведения об объеме и стоимости лечения по требованию последних, в случае, если оплата этого лечения осуществляется ими:

7.4 Пациент проинформирован о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Клиники (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

8. ДЕЙСТВИЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ

8.1. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по настоящему Договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

9. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

9.1. Все споры решаются в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

10. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

10.1. Пациент, подписывая настоящий договор дает согласие на обработку своих персональных данных.

10.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания уполномоченными представителями обеих сторон.

10.3. Договор действует в течении 1 календарного года с даты его заключения. Если ни одна из сторон не менее чем за 20 (двадцать) дней до истечения очередного года не уведомит в письменном виде другую сторону об отказе от дальнейшего пролонгирования договора на тех же условиях, то договор пролонгируется на каждый последующий календарный год. Договор действует с момента подписания и до прекращения или расторжения договора по причинам, определенным законодательством РФ или настоящим договором.

10.4. Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны лишь при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями сторон.

10.5 Приложения к настоящему Договору составляют его неотъемлемую часть.

10.6. Настоящий договор составлен в двух экземплярах на русском языке. Оба экземпляра идентичны и имеют одинаковую силу. У каждой из сторон находится по одному экземпляру настоящего по одному экземпляру настоящего Договора.

11. АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

Клиника: ООО «Центр Витилиго»

ОГРН 1177847166837

ИНН/КПП: 7842134470/784201001

Расч. Счет: 40702810232000004039

Банк: ФИЛИАЛ "С-ПЕТЕРБУРГСКИЙ" ОАО "Альфа-Банк"

БИК: 044030786

Юр. Адрес: 191123 г. Санкт-Петербург ул.Радищева дом 38/20

корп./ст.. А, кв./оф. 8Н

Факт. Адрес: 191123 г. Санкт-Петербург ул.Радищева дом 38/20

корп./ст.. А, кв./оф. 8Н

Пациент: {ФИО}

Паспорт: {СН}

Выдан: {Выдан}

Адрес: {Адрес}

Подпись _____ / _____ /

Генеральный Директор

_____ / Юновидова А.А./

ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

1. Стоимость Услуг устанавливается действующим прейскурантом и составляет:

<i>Наименование услуг</i>	<i>Количество</i>	<i>Цена (без НДС), руб.</i>	<i>Сумма, руб. (без НДС)</i>	<i>Срок оказания услуги</i>
	1			дней
	1			дней
	1			дней
		Итого к оплате (без НДС):		

2. Оплата Услуг осуществляется Потребителем (Заказчиком или Законным представителем Потребителя) с его согласия в порядке 100-процентной предоплаты до получения Услуги путём использования национальных платежных инструментов, а также наличных расчетов по выбору Потребителя (внесение наличных денежных средств в кассу «Исполнителя» или по безналичному расчёту путём перечисления денежных средств на расчётный счёт «Исполнителя»).

Клиника: ООО «Центр Витилиго»

Пациент: {ФИО}

Генеральный Директор _____ / Юновидова А.А./

Подпись _____ / _____ /

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

г. Санкт-Петербург

12 марта 2019 г.

В соответствии с нормами Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан № 5487-1 от 22 июля 1993г. (далее – Основы) Общество с ограниченной ответственностью «Центр Витилиго», именуемое в дальнейшем "Клиника", лицензия ЛО-78-01-008068 от 11.08.2017 г., в лице генерального директора Юновидовой Анастасии Александровны, подтверждает гарантию сохранения конфиденциальных сведений, составляющих врачебную тайну

{ФИО} паспорт {СН}, выдан {Дата} года {Выдан}, код подразделения - , зарегистрированный (ая) по адресу: {Адрес} и информирует о том, что при обращении за медицинской помощью и ее оказание в Клинике имеет право на: уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала; выбор лечащего врача, с учетом его согласия; обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными и разрешенными способами и средствами; информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со статьей 32 Основ; отказ от медицинского вмешательства в соответствии со статьей 33 Основ; получение информации о состоянии своего здоровья в доступной форме от лечащего врача, заведующего отделением или другого специалиста, принимающего непосредственное участие в обследовании и лечении в соответствии со статьей 31 Основ; на отказ от получения указанной информации против своей воли; возмещение ущерба в соответствии со статьей 68 Основ в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи; допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав; сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со статьей 61 Основ; а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

Пациент ознакомлен в полном объеме и дает свое добровольное согласие на нижеследующее:

1. В рамках Договора оказания платных медицинских услуг, далее именуемый – Договор, на территории Исполнителя он может воспользоваться услугами врачей и получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

2. По поводу имеющегося у него заболевания ему могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.

3. Проводимое лечение не гарантирует 100 % результат, а используемая технология медицинской помощи и не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Клиника не несет ответственности за их возникновение.

4. Несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников Клиники, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Виды выбранных им платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и он согласен на их оплату.

5. В рамках проводимых исследований состояния здоровья пациента специалисты Исполнителя могут осуществлять забор биологического материала.

Пациент не возражает против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Пациент дает свое согласие на обработку персональных данных, осуществляемую в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Пациент уведомлен, что Клиника имеет право без согласия пациента или его законного представителя разгласить конфиденциальные сведения в следующих случаях: в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю; при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений; по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством; в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет (для больных наркоманией – до 16 лет) для информирования его родителей или законных представителей; при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий; в целях проведения военно-врачебной экспертизы в порядке, установленном законодательством российской Федерации.

Пациент обязуется соблюдать правила внутреннего распорядка Клиники, лечебно-охранительный режим, а также в целях получения лучших результатов не скрывать и представить лечащему врачу и другим врачам-специалистам Исполнителя в рамках проводимых осмотров, исследований, консультаций достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья: об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств. Обо всех перенесенных ранее и имеющихся в настоящее время заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах, сообщать правдивые сведения о своей наследственности, о злоупотреблении алкоголем, наркотическими средствами, психотропными или токсическими веществами, об одновременном лечении у других специалистов и выполнении их рекомендаций, ответив максимально подробно на поставленные ему вопросы.

Пациент имел возможность обсудить с врачом интересующие или непонятные ему вопросы; и на все заданные вопросы получил удовлетворившие его ответы.

Я, {ФИО} _____, своей подписью удостоверяю, что текст

(ФИО, подпись)

мною прочитан, мне понятно содержание и назначение данного документа, и смысл всех терминов, употребляемых в настоящем Информированном добровольном согласии и Договоре.

Получив полную информацию о своих правах и обязанностях, даю свое согласие на предоставление Клинике сведений о фактах моего обращения за медицинской помощью, о состоянии моего здоровья, диагнозе, в том числе через справочный стол, а также в случаях неблагоприятного прогноза развития моего заболевания следующим лицам:

(Фамилия, Имя, Отчество, контактный телефон)_____
(Фамилия, Имя, Отчество, контактный телефон)_____
(Фамилия, Имя, Отчество, контактный телефон)

Если пациент, по каким-либо причинам, не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями сотрудников Клиники:

« ____ » _____ 201 ____ г. _____ / _____ /

« ____ » _____ 201 ____ г. _____ / _____ /

Подпись _____ / _____ /
Подпись _____ / _____ /

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ К ДОГОВОРУ
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ УСЛУГ**

г. Санкт-Петербург

12 марта 2019 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Центр Витилиго», именуемое в дальнейшем "Клиника", лицензия ЛО-78-01-008068 от 11.08.2017 г., в лице генерального директора Юновидовой Анастасии Александровны, действующего на основании Устава, и именуемый (-ая -ое) в дальнейшем «Заказчик», и {ФИО}, именуемый в дальнейшем "Пациент" с другой стороны, заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. В соответствии с 1.3. и 1.4., 3.1.3. Договора на оказание платных медицинских услуг, заключенного между Клиникой и Пациентом, Пациент выражает свое согласие на увеличение объема, срока, характера (*нужное подчеркнуть*) медицинской помощи, оказываемой Пациенту по указанному Договору, и оплату дополнительных услуг.

2. Стороны пришли к соглашению о стоимости дополнительных услуг:

Клиника: ООО «Центр Витилиго»

Пациент: {ФИО}

Генеральный Директор

_____/ Юновидова А.А./

Подпись _____/ _____/

