

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ № _____

г. Казань

« _____ » _____ 2019 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Дентис», в дальнейшем именуемое «Исполнитель», в лице директора Галькиевой Лейлы Рашидовны, действующей на основании Устава (Лицензия № ЛО-16-01-002999 от 17 октября 2013г (бессрочно), выдана Министерством Здравоохранения Республики Татарстан, адрес места нахождения и телефон лицензирующего органа: 420012, РТ, г. Казань, ул. Бутлерова, д.16, тел. +7(843)236-65-72), в соответствии с перечнем выполняемых работ, оказываемых услуг-Приложение №1 к настоящему Договору, с одной стороны, и

(Ф.И.О Пациента)

(Ф.И.О Законного представителя)

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», в соответствии с Постановлением Правительства РФ от «04» октября 2012г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с условиями настоящего Договора Исполнитель обязуется оказывать Заказчику платные стоматологические услуги в объеме и в сроки установленные настоящим Договором и приложениями к нему, а Заказчик обязуется оплачивать услуги в размере и в порядке, установленных настоящим Договором и обеспечивать выполнение требований, предъявляемых Исполнителем, в целях качественного оказания предусмотренных настоящим Договором услуг.

1.2. Перечень и стоимость платных стоматологических услуг определены в Прейскуранте. Заказчик оплачивает стоимость оказанных, либо подлежащих оказанию услуг, согласно Прейскуранту, действующему на момент оказания таких услуг.

1.3. По настоящему Договору Заказчик является непосредственным потребителем платной медицинской услуги/услуг (Пациентом).

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. После первичного обследования (первичной консультации) предоставить Заказчику полную и достоверную информацию в устной форме:

- о состоянии полости рта в рамках специализации врача;
- о возможных в конкретном случае вариантах лечения, профилактики, медикаментах, материалах и их эффективности;
- о противопоказаниях, возможных осложнениях, и временных дискомфортах, которые могут возникнуть в процессе проведения стоматологических услуг и после нее;
- о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать пациенту для сохранения достигнутого результата стоматологической услуги.

2.1.2. Информировать Заказчика о гарантийных сроках лечения и эффективности лечебных методик.

Ознакомить Заказчика с Положением о гарантиях. Исполнитель обязуется исправить за свой счет недостатки, возникшие по его вине, в течение установленного гарантийного срока.

2.1.3. Обеспечить качество стоматологической услуги, с предоставлением сервисного обслуживания, с использованием современных технологий, оборудования и материалов.

2.1.4. Предложить Заказчику ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на каждый вид планируемых стоматологических услуг. Лист информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, который подписывается Заказчиком и лечащим врачом, является неотъемлемой частью медицинской карты.

2.1.5. Информировать Заказчика о стоимости услуг до ее оказания.

2.1.6. По факту оказанной услуги представлять Заказчику документ, подтверждающий оплату им оказанной услуги, установленного образца.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Требовать от Заказчика надлежащего исполнения обязательств по настоящему договору.

2.2.2. Самостоятельно определить график консультаций и процедур и график работы специалистов.

Внесение изменений в доступный для ознакомления график работы специалистов не является ненадлежащим выполнением условий настоящего договора.

/ Галькиева Лейла Рашидовна/

2.2.3. Отступить от запланированного графика лечения в случае опоздания Заказчика и занятости специалиста исполнителя, непосредственно осуществляющего лечение.

2.2.4. Заменить лечащего врача при наступлении объективной невозможности проводить лечение данным специалистом, а также при необходимости направить Заказчика для консультации к другим специалистам. Замена производится с согласия Заказчика.

2.2.5. В лице специалистов Исполнителя осуществлять выбор тактики и методики лечения, метода анестезиологического пособия, подбор материалов и медикаментов, определять количество выполняемых рентгенографических снимков, проведение других диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, при условии необходимости их осуществления.

2.2.6. Отказать в продолжение оказания медицинской услуги в случаях грубого нарушения Заказчика условий настоящего договора. При этом критерий «грубого нарушения» является исключительной компетенцией Исполнителя. Обязательна фиксация отказа в лечении и причин такого отказа в медицинской документации. Отказ от продолжения лечения возможен только при формулировании врачебных рекомендаций по дальнейшему лечению и не допускается при наличии у Заказчика острого стоматологического состояния.

2.2.7. В случае отсутствия (по объективной причине) лечащего врача-стоматолога в запланированный день приема и невозможности предупредить об этом Заказчика заранее, Исполнитель вправе назначить с согласия Заказчика для него другого лечащего врача, либо перенести прием на другое удобное для Заказчика время.

2.2.8. Амбулаторная карта стоматологического пациента Заказчика является медицинским документом и хранится у исполнителя 5 лет. Заказчик на основании письменного заявления вправе получить выписку из медицинской карты, а также копии медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения платных стоматологических услуг. Срок рассмотрения письменного заявления Заказчика 10 дней.

2.3. Заказчик обязан:

2.3.1. Предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья и обновлять ее каждые полгода в анкете о здоровье. Заказчик обязуется достоверно и полно сообщить данные. Имеющие отношение к анамнезу (истории) жизни, анамнезу (истории) заболевания, информировать обо всех перенесенных ранее заболеваниях, включая хронические, инфекционные и венерические, всех видах аллергических реакций. Имеющихся нервно-психических расстройств (эпилепсии и проч.), ВИЧ-инфекции (СПИДе), сахарном диабете, имеющихся патологических и физиологических зависимостях (алкоголь, наркотики), имеющихся ранее и имеющихся заболеваниях крови (анемия и проч.), а также имевшихся длительных кровотечениях, ревматических заболеваниях, врожденных или приобретенных пороках сердца, сердечно-сосудистых заболеваниях (сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, инфаркт), иных сосудистых заболеваниях, (инсульт, артериосклероз и проч.)наличии сердечного стимулятора или протеза клапана сердца, травме, заболеваниях органов дыхания, придаточных пазух носа, иных особенностях анамнеза жизни и заболеваниях, имеющих значение для лечения, включая информацию о постоянно принимаемых препаратах.

2.3.2. Соблюдать все назначения и рекомендации специалистов Исполнителя для достижения и сохранения результатов оказания стоматологических услуг. Сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии своего здоровья на очередном приеме.

В противном случае претензии по поводу лечения не будут иметь основание.

2.3.3. Удостоверять личность подписью: информированные добровольные согласия, предложенный план лечения, медицинские вкладыши с назначениями и рекомендациями.

2.3.4. Являться на консультации, назначенные процедуры и профилактические осмотры вовремя. При невозможности явиться на консультацию или осмотр предупредить Исполнителя (лечащего врача или администратора) не позднее, чем за одни сутки до начала консультации (процедуры, осмотра) в часы работ Исполнителя.

2.3.5. Оплатить стоимость оказанных услуг, согласно квитанции, утвержденной Минфином РФ письмом от 20.04.1995 г. № 16-00-30-35 в подтверждении приема от него наличных денег, выданному Исполнителем, согласно Прейскуранту стоимости услуг, действующему на момент оказания таких услуг.

2.3.6. Строго соблюдать порядок и режим, установленные в помещении Исполнителя.

2.3.7. Проводить начатое лечение только у Исполнителя, не обращаться параллельно в другие клиники. В противном случае претензии по поводу лечения не будут иметь основание.

_____/_____
(подпись) (ФИО пациента)

2.3.8. В случае возникновения в течение гарантийного срока любых дефектов пломб и зубных протезов, болевых ощущений или осложнений, немедленно обратиться к исполнителю, не прибегая помощи других лечебных учреждений. В противном случае претензии по поводу лечения не будут иметь основание.

2.3.9. По окончании лечения являться для контрольных осмотров по графику, согласованному с лечащим врачом, выполнять рекомендации врача по соблюдению правил гигиены и ухода за полостью рта.

2.4. Заказчик имеет право:

2.4.1. Получить достоверную информацию о состоянии своего здоровья.

2.4.2. Получить максимально полную информацию о предоставляемых стоматологических услугах (порядок и условия ее оказания, сведения о специалисте, предоставляющем услугу и т.д.).

2.4.3. Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия, выбирать время приема из имеющегося свободного.

2.4.4. Ознакомиться с документами, подтверждающими право Исполнителя на оказание медицинских услуг, получить ксерокопии медицинских документов.

2.4.5. На сохранение в тайне информации о своем здоровье и факте обращения к специалисту-стоматологу.

2.4.6. Отказаться от медицинских услуг по настоящему Договору, при этом полностью оплатить полученные услуги. В этом случае Заказчик не вправе предъявлять Исполнителю по качеству незавершенного лечения.

2.5. Заказчик подтверждает:

2.5.1. что до заключения настоящего Договора Исполнитель уведомил его:

- о возможности получения соответствующих видов услуг и объемов медицинской помощи;
- о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика.

2.5.2. что ознакомлен в доступной форме с информацией о платных стоматологических услугах, содержащей следующие сведения:

- Положения о гарантийных обязательствах;
- Порядки оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях;
- Стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных стоматологических услуг;
- Информацию о враче-стоматологе, оказывающем стоматологическую услугу, его профессиональном образовании и квалификации;
- Информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- Иные сведения, по требованию Заказчика, связанные с оказываемой услугой и подлежащие разглашению в соответствии с действующим законодательством.

2.5.3. что может также до описания настоящего договора ознакомиться с указанными сведениями, а также иными сведениями на сайте исполнителя в сети Интернет www.stomatologia-dentis.ru / или на информационных стендах в помещении Исполнителя.

2.5.4. что подписание настоящего договора со стороны Заказчика свидетельствует о получении им со стороны исполнителя доступной, достоверной и полной информации.

(подпись)

(ФИО пациента)

СРОКИ И УСЛОВИЯ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ

3.1. Как правило, срок оказания услуги совпадает с датой и временем обращения Заказчика к Исполнителю, согласовывается Сторонами заранее. Дата оказания услуг указывается в квитанции, выданной Исполнителем. Сроки предоставления услуг могут зависеть от длительности лечения, от специфики предоставления той или иной медицинской услуги, общего соматического статуса Заказчика, остроты клинической ситуации и иных условий. Сроки предоставления услуг могут быть изменены Исполнителем по согласованию с Заказчиком.

3.2. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с графиком работы Исполнителя и специалистов Исполнителя.

3.3. В оговоренное с Заказчиком время лечащий врач проводит консультацию Заказчика, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, составляет план лечения и подробно информирует об этом Заказчика. Если Заказчику кроме терапевтической санации требуется хирургическое, ортопедическое или ортодонтическое лечение, то для него составляется комплексный план лечения до оказания услуг. Необходимым условием исполнения договора является согласие Заказчика с предложенным планом лечения, оформленное подписью Заказчика.

3.4. Исполнитель предоставляет стоматологические услуги при наличии информированного добровольного согласия Заказчика, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан. Информированные добровольные согласия на отдельные виды медицинских вмешательств подписываются Заказчиком отдельно.

3.5. При подписании настоящего Договора Заказчик дает свое согласие на обработку Исполнителем своих персональных данных в объеме и способами, определенными Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

3.6. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить план лечения с проведением дополнительных действий, то они выполняются с предварительного согласия Заказчика. Отказ Заказчика от проведения дополнительных действий, медицинскими показаниями, оформляется письменно.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАССЧЕТОВ

4.1. Заказчик оплачивает стоимость оказанных услуг, согласно квитанции, выданной Исполнителем, по прейскуранту стоимости услуг, действующему на момент оказания таких работ (услуг).

4.2. Заказчик обязан оплатить оказанные ему услуги, согласно квитанции, после каждого приема у врача в размере полной стоимости фактически оказанных ему услуг в данное посещение.

4.3. Услуги могут быть оплачены представителем Заказчика.

4.4. Исполнителем и Заказчиком составляется план лечения (смета), который является неотъемлемой частью настоящего договора.

5. КАЧЕСТВО УСЛУГ И ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

5.1. Исполнитель гарантирует Заказчику качественное оказание услуг, то есть выполнение составляющих услуги действий методиками и со свойствами, соответствующими обязательным для подобных услуг требованиям, а также в соответствии с технологией, предусмотренной для применяемых при оказании услуг материалов, препаратов, инструментов, оборудования.

5.2. Заказчик осознает и принимает, что существуют зависящие от него обстоятельства, которые влияют на результат оказания услуг, на их эффективность, безопасность, на сроки оказания и длительность полезного действия услуг, а именно:

- явка на профилактические осмотры с обязательным проведением профессиональной гигиены полости рта (не реже двух раз в год);
- строгое выполнение всех рекомендаций и предписаний врача;
- посещение врачебного кабинета в назначенный срок;
- предоставление Заказчиком точной и подробной информации о состоянии своего здоровья, включая сведения о переносимых и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарств, препаратов и процедур, о проводимом вне поликлиники лечении;
- информирование Исполнителя при первой возможности об изменениях в состоянии здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после лечения;
- соблюдение правил внутреннего распорядка исполнителя;
- обращение в стоматологический центр в случае дискомфорта в области проведенного лечения;
- предоставление выписки из медицинской карты и рентгеновских снимков из других лечебно-профилактических учреждений, в случае обращения к ним за неотложной стоматологической помощью; гарантийный срок и срок службы на проведенное лечение, протезирование, сохраняются при условии, если пациент выполняет весь план лечения, согласованный с врачом.

5.3. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые значения и технологии не могут полностью исключить, не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю.

5.4. Возможные дискомфорты, вызванные спецификой методик, являясь нормальной реакцией организма на физическое, химическое воздействие препаратов, которые проходят в течение разумного срока и о которых Заказчик был заранее предупрежден специалистом, не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю.

5.5. Гарантийный срок исчисляется с момента сдачи зубных протезов Заказчику.

5.6. Гарантийный срок исчисляется с момента окончания лечения каждого зуба Заказчика.

5.7. Гарантия не распространяется на нормальный износ или на повреждение, вызванные ненормальным или неправильным использованием, небрежностью или несчастным случаем.

5.8. Исполнитель гарантирует качество выполненных работ: комплектующих в течение 1 (одного) года; металлокерамические протезы в течение 1 (одного) года; пластмассовые матрицы замковых протезов в течение 6 (шести) месяцев; коронки с облицовкой из пластмассы в течение 6 (шести) месяцев; временные пластмассовые коронки в течение 2-х (двух) недель с момента изготовления; установка зубных имплантов в течение 1 (одного) года с момента протезирования, при условии выполнения протезирования Исполнителем; прочие конструкции в течение 1 (одного) года. Допускается уменьшение гарантийных сроков лечащим врачом Исполнителя с обязательной отметкой в медицинской карте Заказчика и уведомления Заказчика.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ НАСТОЯЩЕГО ДОГОВОРА

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Договора Сторонами и действует в течение 1 (одного) года. В случае, если в течение 30 календарных дней до момента окончания срока действия Договора ни одна из Сторон не заявила в письменном виде о расторжении настоящего Договора, то Договор продлевается на каждый последующий год.

6.2. Фактическое оказание каждой услуги подтверждается актом приема работ по оказанию медицинских услуг.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ПОРЯДОК РЕШЕНИЯ СПОРОВ

7.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель и Заказчик несут ответственность, предусмотренную действующим Законодательством РФ.

7.2. В случае возникновения разногласий между Сторонами по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами рассматривается директором Галькиевой Лейлой Рашиловной. Претензии Заказчика составляются письменно и рассматриваются в течение 10 дней. В случае не достижения согласия Сторонами, спор рассматривает клинико-экспертная комиссия или эксперт в соответствии с требованиями ФЗ «О защите прав потребителей».

7.3. Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях:

- отказа Заказчика от дополнительных обследований, объективно необходимых для назначения и проведения адекватного лечения и профилактики нежелательных возможных осложнений;
- невыполнения или ненадлежащего выполнения Заказчиком назначений и рекомендаций лечащего врача и специалистов Исполнителя, в том числе дома;
- отказа Заказчика от необходимого курса лечения или самовольного прерывания проводимого курса лечения;
- наличия у Заказчика общих заболеваний, требующих терапевтического лечения, скрытых Заказчиком и, вследствие этого, неучтенных лечащим врачом при назначении лечения;
- наличия у Заказчика индивидуальной непереносимости и (или) патологической токсической реакции на медикаментозные средства и (или) пломбирочные материалы, выявленные в процессе оказания стоматологической услуги. Кроме того, Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, не связанных с нарушением Исполнителем методик диагностики, профилактики и лечения, в том числе в случаях рецидива периодонтита, повышения или снижения чувствительности слизистой оболочки рта, зубов, кожи лица, замедленного заживления тканей, болевые ощущения;

-осложнений, связанных с переделкой и (или) исправлением результатов работ, произведенных в другом медицинском учреждении или самим Заказчиком;
-осложнений, возникших вследствие несоблюдения условий и правил ретенционного периода при оказании услуг в области ортодонтии.

7.4. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по договору, если это произошло вследствие непреодолимой силы (форс-мажор), то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств.

8. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

8.1. Стороны договорились о соблюдении полной конфиденциальности в их отношении. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны.

8.2. Конфиденциальной признается информация: о персональных данных Заказчика, информация о факте его обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья Заказчика, его диагнозе и иных, полученных при его обследовании и лечении.

9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

9.2. Все приложения являются неотъемлемыми частями настоящего Договора.

9.3. К отношениям Сторон, не предусмотренным настоящим Договором, применяются положения действующего законодательства РФ.

9.4. Стороны обязуются своевременно (в течении трех календарных дней со дня изменения) в письменном виде уведомлять друг друга об изменении своих банковских реквизитов, адресов, контактных телефонов.

9.5. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются Дополнительным соглашением.

10. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН.

Исполнитель:

ООО «Дентис»
420032 ,РТ, г. Казань,
ул. Поперечно-Базарная, д.59
ИНН 1656023998
КПП 165601001
ОГРН 1021603062470
ПАО «АК БАРС» БАНК
БИК 049205805
р/с 40702810145530000089
к/с 30101810000000000805
Тел.+7(843)266-03-03

От Исполнителя:

Пациент:

Ф.И.О. _____

Паспорт _____

Адрес _____

От Пациента:

Заказчик:

Ф.И.О. _____

Паспорт _____

Адрес _____

От Заказчика:

Приложение № 1 к Договору № _____ от _____

Перечень работ (услуг), выполняемых (оказываемых в соответствии с Лицензией №ЛО-16-01-002999 от 17 октября 2013г.(бессрочно) по адресу: 420032, РТ, г. Казань, ул.Поперечно-Базарная,д.59

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; стоматологии ортопедической, рентгенологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; организации здравоохранения и общественному здоровью. При проведении медицинских осмотров, медицинских свидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе временной нетрудоспособности.

Данные документа, подтверждающие факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: Свидетельство о государственной регистрации серия 16 номер 001912470 ОГРН 1021603062470, выдано Инспекцией МНС России по Кировскому району г. Казани Республики Татарстан

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.

Я, _____ гр., зарегистрированный по адресу: _____

Паспорт: серия _____ № _____, выдан _____

даю информационное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов вмешательств, на которые граждане дают информационное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012г. №24082) (далее-Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «Дентис».

Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, 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 медицинских вмешательств, включенные в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»(Собрание законодательства Российской Федерации,2011,№ 48,ст.6724,3446).

Я удостоверюсь, что текст моего информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения меня удовлетворяют, что подтверждаю своей подписью:

Настоящий документ является неотъемлемой частью медицинской карты.

« ____ » _____ 2019 г. _____ / _____ /
пациент

Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных

Я, _____, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, обработку моих персональных данных Обществом с ограниченной ответственностью «Дентис», юридический адрес : 420032, РТ, г.Казань, ул. Поперечно-Базарная , д. 59.

При этом под персональными данными понимаются относящиеся ко мне сведения и информация, такие как Фамилия, Имя, Отчество, пол, дата рождения, реквизиты полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России(СНИЛС), сведения о постановке на налоговый учет(ИНН), а также данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения об образовании; сведения о профессии и местах работы: сведения о семейном, социальном, имущественном положениях, детях, а также данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и т.п. обрабатывать лицу, профессионально занимающемуся медицинской деятельностью и обязаны сохранить врачебную тайну. на бумажных и / или электронных носителях, которые были или будут переданы Администратору(регистратору) мной лично или поступили (поступят) к Администратору (регистратору) иным способом для заключения гражданско-правового (-ых) Договора между мной и Администратором (регистратором).

Администратор (регистратор) запрашивает вышеуказанные сведения и информацию в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания платных медицинских услуг.

Под обработкой персональных данных понимаются действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение, проверка), использование, передача третьим лицам в интересах моего обследования и лечения, обезличивание, блокирование и уничтожение персональных данных, внесение персональных данных в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документах) по договорам ДМС, обмен (прием и передача) персональных данных со страховой организацией с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих защиту персональных данных от несанкционированного доступа, при условии, что их прием обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранить профессиональную тайну.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов составляет пять лет, при условии отсутствия у Администратора (регистратора) сведений об их отзыве.

Я уведомлен (-а) и согласен (-а) с тем, что данное согласие может быть отозвано путем направления Администратору (регистратору) в письменной форме заявления об отзыве согласия заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под роспись ответственному сотруднику Администратора. В этом случае, после получения письменного

