

Приложение № 1 Приложение № 2 к Договору публичной оферты на оказание платных медицинских услуг АО «ДР Медикал Групп»
Форма Заявления о присоединении к публичному Договору-оферте

ЗАЯВЛЕНИЕ

о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг АО «ДР Медикал Групп»

г. Москва

Я, нижеподписавшийся

(Ф. И. О. гражданина, дата рождения)

проживающий по адресу:

(адрес места жительства)

паспорт

(название выдавшего органа, код подразделения и дата выдачи)

контактная информация:

(мобильный, домашний (или иной для экстренных звонков), электронная почта)

Страховая компания:

(наименование страховой компании, серия и номер полиса)

являющийся законным представителем

(ФИО Пациента несовершеннолетнего/недееспособного лица, полностью)

Свидетельство о рождении серия

(серия, номер, дата выдачи)

Заполняется при достижении Пациентом возраста 15 лет

паспорт

(название выдавшего органа, код подразделения и дата выдачи)

контактная информация:

(мобильный, домашний (или иной для экстренных звонков), электронная почта)

Страховая компания:

(наименование страховой компании, серия и номер полиса)

заявляю, что ознакомился с условиями Публичного договора-оферты на оказание платных медицинских услуг АО «ДР Медикал Групп» в редакции от «09» января 2018 г. (далее - «Договор», «Оферта», «Договор-оферта»), юридический адрес: 101000, г. Москва, улица Маросейка, д. 10/1, стр. 3, ОГРН 1137746409151 (далее - «Медицинский центр») 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) Медицинского центра. Взаимоотношения Сторон в рамках настоящего Заявления о присоединении к Публичному договору-оферте на оказание платных медицинских услуг Медицинского центра 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 АО «ДР Медикал Групп», юридический адрес: 101000, г. Москва, улица Маросейка, д. 10/1, стр. 3, ОГРН 1137746409151 (далее «Оператор») в порядке, указанном ниже и в Разделе 6 Публичного договора-оферты на оказание платных медицинских услуг Медицинского центра в редакции от «09» января 2018 г., в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, при условии, что обработка данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью, обязанным сохранять врачебную тайну:

Персональные данные, не являющиеся специальными или биометрическими:

- фамилия, имя, отчество; дата рождения; пол, место рождения; реквизиты документа, удостоверяющего личность; реквизиты полиса ДМС; страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС); адрес; номера контактных телефонов; адреса электронной почты; место работы и занимаемая должность, семейное положение, наличие детей, родственные связи, и иная информация, полученная при моем обследовании и лечении (далее «персональные данные»).

Специальные персональные данные: состояние здоровья, физиологические особенности человека, имеющиеся заболевания, привычки и увлечения, в том числе вредные (алкоголь, наркотики и др.), поставленные диагнозы, факты обращения в медицинские организации;

Биометрические персональные данные: ксерокопия фотографии с документа, удостоверяющего личность.

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), но телефону на номер, указанный Заказчиком,

рамках такого договора).

Срок хранения моих (Пациента) персональных данных соответствует срок 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, 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;
- 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 несет 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 прикрепления	Дата предоставления согласия	ФИО, подпись Пациента (Законного представителя) (собственноручно)	Отметка об отзыве согласия на предоставлении информации (дата, основание отзыва — заявление, уведомление, документ о досрочном откреплении и др.)

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 АО «ДР Медикал Групп», адрес местонахождения: 101000, г. Москва, улица Маросейка, д. 10/1, стр. 3, ОГРН 1137746409151 (далее - «Медицинский центр»), 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 Минздрава России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (далее «Перечень»), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи.

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». Медицинским работником

(должность, 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.

Я поставил(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 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 Медицинском центре медицинской организации, а также на официальном сайте медицинской организации www.drmedgroup.ru.

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.

Заказчик (законный представитель) /Пациент:

Пациент (с 15-18 лет или по депозиту):

(ФИО, подпись собственноручно)

(ФИО, подпись собственноручно)