

Я,

(Ф.И.О.) в соответствии с п. 7 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11.05.2023г. № 736 (далее – Правила) уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов 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.

Согласно п. 24 Правил, уведомлен, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, оказывающего 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 потребителя.

Пациент \_\_\_\_\_/

(подпись)

(Ф.И.О)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_г.

## Договор № на оказание медицинских услуг

г. Москва

Общество с ограниченной ответственностью «Скандинавский Центр Здоровья», юридическое лицо, надлежащим образом созданное и существующее по законодательству Российской Федерации, действующее на основании Свидетельства серии 77 № 007637872, выданного Межрайонной инспекцией МНС России № 39 по г. Москве 02.09.2002 г., Лицензии на осуществление медицинской деятельности от 10.01.2020 № Л041-01137-77/00368142, выданной Департаментом здравоохранения города Москвы (127006, г.Москва, Оружейный переулок, д. 43, (499) 251-83-00), именуемое в дальнейшем «Клиника», в лице, действующего(ей) на основании Доверенности № -- от --, с одной стороны, и гражданин (-ка), именуемый (-ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», а каждый по отдельности – «Сторона»,

### Принимая во внимание:

- желание и согласие Пациента получить медицинские услуги, оказываемые Клиникой на возмездной основе;
  - возможность Клиники оказать медицинские услуги, предусмотренные выданными Клинике лицензиями;
  - что до заключения договора Клиника уведомила Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Клиники (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 Пациента;
  - что Клиника не предоставляет медицинскую помощь без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- по взаимному добровольному согласию Стороны заключили настоящий Договор на оказание медицинских услуг (далее – Договор) о нижеследующем:

### 1. Определение и толкование основных понятий и сокращений, используемых в договоре

1.1. Стороны договорились о следующем понимании и толковании ими нижеперечисленных основных понятий и сокращений, используемых в Договоре:

Пациент	Физическое лицо, имеющее намерение получить медицинские услуги либо получающее медицинские услуги лично в соответствии с Договором.
Клиника	Общество с ограниченной ответственностью «Скандинавский Центр Здоровья», медицинская организация, оказывающая медицинские услуги Пациенту в соответствии с Договором.
Медицинские услуги	Медицинские услуги, предоставляемые Клиникой на возмездной основе за счет личных средств Пациента или иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования.
Прейскурант	Перечень и стоимость медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Договором, утвержденные Клиникой.
Лицензии	Информация о лицензии на осуществление медицинской деятельности, её номере, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем лицензию, содержится в Приложении № 1 к настоящему договору.

Согласие	Информированное и добровольное согласие Пациента или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в письменной и/или устной форме полной информации.
Информация	Информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях, а также об ожидаемых результатах оказания медицинской помощи. Информация может быть предоставлена Клиникой в устной форме, что является надлежащим и допустимым способом доступного информирования, с чем Пациент соглашается.
Научная деятельность	<p>ООО «СЦЗ» является клинической базой медицинских образовательных учреждений, осуществляет на основе современных методов организационно-методической, учебной, лечебно-диагностической и научно-исследовательской работы подготовку и переподготовку врачей, научных кадров. Клиника может привлекать для консультаций/консилиумов/научных изысканий/проведения конференций потенциал медицинских образовательных учреждений.</p> <p>Полный перечень медицинских образовательных учреждений доступен для ознакомления на информационных стендах и/или регистратуре.</p>

1.2. Приложения и Дополнительные Соглашения к настоящему Договору являются его неотъемлемой частью. В случае каких-либо несоответствий или несовпадений содержания Приложений и Дополнительных Соглашений с какими-либо условиями, изложенными в основном тексте настоящего Договора, если иное прямо не оговорено сторонами, условия Договора имеют приоритетное значение и преимущественную силу.

1.3. Заголовки статей, разделов и подразделов настоящего Договора, а также нумерация Приложений к настоящему Договору включены исключительно для удобства и не должны учитываться при рассмотрении структуры Договора или при интерпретации его условий.

## 2. Предмет договора

2.1. Клиника оказывает, а Пациент принимает и оплачивает в соответствии с порядком, установленным в разделе 5 настоящего Договора, Медицинские услуги, перечень которых определяется Прейскурантом, а также Дополнительными соглашениями к Договору, которые являются его неотъемлемыми частями.

2.2. Медицинские услуги оказываются Клиникой в течение всего срока действия настоящего Договора в часы работы Клиники, в соответствии с утвержденным расписанием и записью на прием, либо в иной период времени, дополнительно согласованный Сторонами.

2.3. Медицинские услуги оказываются на возмездной (платной) основе в соответствии с ценами, указанными в Прейскуранте, действующем на момент оказания услуги, или в Дополнительных соглашениях к настоящему Договору.

2.4. Прейскурант доступен для ознакомления на информационных стендах (стойках) Клиники, а также на сайте Клиники [www.scz.ru](http://www.scz.ru) в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

2.5. Клиника оказывает услуги по месту своего нахождения по адресам: г. Москва, ул. 2-я Кабельная, д. 2, стр. 25, стр. 26, стр. 37.

## 3. Права и обязанности сторон

### 3.1. Клиника обязуется:

3.1.1. Предоставить Пациенту Медицинские услуги в полном объеме на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов оказания медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Пациента, с учетом положений п.п. 3.2.1, 3.2.3 Договора.

3.1.2. Обеспечить качественное оказание Медицинских услуг, в соответствии с условиями Договора.

3.1.3. Провести все необходимые обследования и наблюдения за Пациентом в рамках Договора, необходимость которых определяется показаниями медицинских работников Клиники.

3.1.4. Сообщать Пациенту (либо лицу, указанному Пациентом) по его требованию сведения о состоянии его здоровья, о результатах обследования, диагнозе и прогнозе, методах лечения, их преимуществах и недостатках, связанных с ними рисках, прогнозе медицинского вмешательства.

3.1.5. Вести медицинскую документацию в установленном законодательством порядке, по требованию Пациента предоставлять выписки и копии из медицинской документации, отражающих состояние его здоровья, в порядке, установленном законодательством РФ, и в соответствии с установленными в Клинике правилами.

3.1.6. Предоставить по требованию Пациента, в устной или письменной форме, Информацию об используемых при предоставлении Медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

3.1.7. Гарантировать неразглашение факта обращения за медицинской помощью, состояния здоровья, диагноз заболевания и иные сведения, составляющие врачебную тайну, полученные Клиникой при оказании Медицинских услуг по настоящему Договору, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ, включая обнаружение у Пациента заболевания, подлежащего строгому учету, а также при поступлении запросов от уполномоченных государственных органов (учреждений).

3.1.8. Обеспечивать конфиденциальность персональных данных Пациента.

### **3.2. Клиника вправе:**

3.2.1. Самостоятельно выбирать способ оказания Медицинской услуги, объем Медицинской услуги, этапы её оказания в соответствии с медицинскими показаниями и в интересах Пациента.

3.2.2. По согласованию с Пациентом перенести время оказания услуг Пациенту.

3.2.3. Оказать Медицинскую услугу только при отсутствии у Пациента противопоказаний к её проведению, как со стороны отдельных органов Пациента, так и по общему состоянию его организма, на основании и в рамках установленного диагноза и рекомендаций медицинских работников Клиники.

3.2.4. Получать от Пациента всю необходимую и достоверную, в том числе и медицинского характера, информацию, необходимую для выбора правильного оказания Медицинской услуги. В случае непредоставления, неполного предоставления или предоставления Пациентом недостоверной информации, имеющей значение для оказания Медицинской услуги, Клиника имеет право отказать Пациенту в оказании Медицинской услуги, либо приостановить её оказание до предоставления Пациентом полной и достоверной информации, необходимой для оказания Пациенту Медицинской услуги.

3.2.5. Отказать Пациенту в оказании Медицинских услуг, если Пациент в момент их оказания находится в алкогольном, наркотическом опьянении, а также в случае нарушения Пациентом или сопровождающими его лицами Правил оказания Медицинских услуг Клиники; правила оказания услуг доступны для ознакомления на информационных стендах (стойках) Клиники, а также на сайте Клиники [www.scz.ru](http://www.scz.ru) в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3.2.6. В случае непредвиденного отсутствия назначенного Клиникой медицинского работника, по согласованию с Пациентом, назначить ему другого медицинского работника для оказания медицинских услуг.

3.2.7. При наличии показаний предложить и при наличии соответствующей возможности организовать госпитализацию Пациента в плановом или экстренном порядке в специализированное медицинское учреждение.

### **3.3. Пациент обязуется:**

3.3.1. Предоставить Клинике всю необходимую и достоверную медицинскую и иную необходимую Клинике информацию, в том числе о наличии у него хронических заболеваний, о возможных аллергических реакциях его организма на лекарственные препараты, о принимаемых до начала лечения препаратах и перенесенных заболеваниях, о наличии беременности и постановке на учет по беременности, предоставив медицинскую документацию, подтверждающую указанную информацию.

3.3.2. Ознакомиться с Информацией и подписать все необходимые медицинские документы.

3.3.3. Строго выполнять все предписания и рекомендации, назначенные медицинскими работниками Клиники.

3.3.4. Соблюдать Правила оказания Медицинских услуг Клиники, режим работы Клиники и иные, установленные Клиникой правила.

3.3.5. Незамедлительно сообщать в Клинику о любых отклонениях в состоянии своего здоровья, возникших до, во время или после оказания медицинских услуг.

3.3.6. Оплатить медицинские услуги в соответствии с разделом 5 Договора.

3.3.7. Сообщать Клинике через регистратуру об изменениях паспортных данных, номеров контактных телефонов, мест регистрации и фактического проживания, места работы.

### **3.4. Пациент имеет право:**

3.4.1. Получать полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, относящуюся к компетенции медицинских работников Клиники в рамках оказания ими медицинских услуг, а также выбирать лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

3.4.2. Получать в доступной для него форме исчерпывающую Информацию о порядке оказания Медицинских услуг, клинических рекомендациях, стандартах, применяемых при оказании Медицинских услуг, о методах оказания Медицинских услуг, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания Медицинских услуг.

3.4.3. Перенести ранее назначенный ему срок оказания Медицинской услуги на другое время, уведомив об этом Клинику не позднее, чем за 24 (двадцать четыре) часа до ранее назначенного Клиникой времени.

3.4.4. На основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов в соответствии с порядком, установленном законодательством РФ, и в соответствии с установленными в Клинике правилами.

3.4.5. Отказаться от получения Медицинских услуг, оформив свой отказ в порядке, закрепленном действующим законодательством РФ.

## **4. Порядок использования лекарственных препаратов**

4.1. При оказании платных Медицинских услуг, связанных с внутривенными или внутримышечными инъекциями, инфузионной терапией (капельницами) и иными манипуляциями, требующими использования лекарственных средств, необходимо использовать препараты из запасов Клиники.

4.2. Запрещается использование лекарственных средств, приобретённых пациентом самостоятельно в сторонних аптеках, организациях или через иные каналы. Исключение составляют случаи, когда специфический препарат отсутствует в запасе Клиники, что подтверждается официальным уведомлением администрации.

4.3. В случае отказа пациента выполнения инъекций лекарственными препаратами из запасов медицинской организации, Клиника вправе отказать в проведении процедуры. Ответственность за последствия, связанные с использованием препаратов, не предоставленных Клиникой, несет Пациент.

## **5. Стоимость услуг и порядок расчетов**

5.1. Оплата Медицинских услуг Пациентом осуществляется в соответствии с ценами, указанными в Прейскуранте, действующем на момент оказания Медицинской услуги, или в Дополнительном соглашении к настоящему Договору.

5.2. Пациент оплачивает Медицинские услуги в кассе Клиники наличными денежными средствами, либо посредством расчетов с применением пластиковых карт, либо в безналичной форме электронными средствами платежа.

5.3. Оплата Медицинских услуг, исходя из условий их оказания, осуществляется на условиях предоплаты на основании чек-заказа, содержащего перечень и стоимость Медицинских услуг, выставленных Клиникой Пациенту.

Оплата Медицинских услуг может производиться поэтапно или после оказания услуги в случаях, установленных Дополнительными соглашениями к настоящему Договору.

5.4. Стоимость Медицинских услуг, а также сроки оказания отдельных услуг, могут определяться в соответствии с планом оказания Медицинских услуг, который отражается в Дополнительном соглашении к настоящему Договору, которое с момента заключения становится его неотъемлемой частью.

5.5. В случае невозможности получения Медицинской услуги Пациентом, если её оказание не было начато, ранее оплаченная её стоимость возвращается Пациенту.

5.6. Согласно ст. 782 ГК РФ при отказе Пациента от услуги в ходе её оказания Пациент обязан возместить Клинике фактически понесенные Клиникой затраты по действующему Прейскуранту.

5.7. Возврат денежных средств Пациенту производится по его письменному обращению с указанием причин обращения за возвратом уплаченного, при предъявлении Пациентом паспорта.

5.8. Оказанная Пациенту Медицинская услуга может быть оплачена любым третьим лицом, в том числе юридическим лицом - работодателем Пациента или за счет иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования, на основании перечней и стоимости Медицинских услуг, установленных такими договорами.

5.9. Медицинские услуги, оказываемые Клиникой, не облагаются НДС в соответствии с пп.2 п.2 ст. 149 Налогового кодекса Российской Федерации.

5.10. В соответствии со ст. 169 Налогового кодекса Российской Федерации Клиника не выставляет счет-фактуры на оказанные услуги.

## **6. Ответственность сторон**

6.1. Клиника несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение норм, предусмотренных при использовании медицинских установок и медицинского оборудования, санитарно-гигиенического режима.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления Клиникой некачественной Медицинской услуги, подлежит возмещению Клиникой в соответствии с законодательством РФ.

6.3. Клиника освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение Медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы (пожара, наводнения, землетрясения и других стихийных бедствий, а также военных действий, забастовки, блокады, действий государственных органов, влияющих на отношения Сторон и на предмет Договора), а также вследствие нарушения Пациентом своих обязанностей, предусмотренных п.п. 3.3.1 и 3.3.3 Договора.

6.4. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору виновная Сторона несет ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

## **7. Прочие условия**

7.1. Стороны допускают использование факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного представителя Клиники с помощью средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

7.2. Подписание Договора Пациентом является подтверждением того, что:

- Пациент до момента его заключения был ознакомлен с документами, перечисленными в п.п. 15, 16 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства РФ № 736 от 11.05.2023 года;

- Пациенту в доступной для него форме были представлены документы, перечисленные п. 19 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;

- Пациент уведомлен в письменной форме о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения Пациента в Клинике;

- до Пациента доведена информация о форме и способах направления обращений в органы государственной власти и организации, Пациенту сообщены почтовый адрес или адрес электронной почты, на которые может быть направлено обращение.

7.3. Пациент дает письменное согласие на обработку своих персональных данных.

7.4. Пациент дает свое согласие на получение любой информации (за исключением конфиденциальной) от Клиники по адресу электронной почты и (или) телефону, указанным в Договоре.

7.5. При возникновении спорных вопросов Стороны принимают все необходимые меры для их урегулирования.

7.6. Все претензии по финансовым расчетам, качеству предоставления Медицинских услуг и другим вопросам рассматриваются и разрешаются по согласованию Сторон. Претензия подается Стороной в письменной форме (в том числе в электронном виде) и должна быть рассмотрена противоположной Стороной в соответствии с действующим законодательством РФ. Иски о защите прав потребителей могут быть предъявлены по выбору истца в суд по месту: нахождения Клиники, жительства или пребывания истца, заключения или исполнения Договора.

7.7. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются законодательством РФ.

7.8. Настоящий Договор содержит весь объем соглашений между Сторонами в отношении предмета настоящего Договора, расторгает, отменяет и делает недействительными все другие обязательства или представления, которые могли быть приняты или сделаны Сторонами, будь то в устной или письменной форме, до заключения настоящего Договора, за исключением обязательств Пациента по оплате Медицинских услуг, возникших из ранее заключенного Договора.

## 8. Срок действия договора, порядок его изменения, расторжения, прекращения

- 8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует 1 (один) год.
- 8.2. Договор автоматически пролонгируется на 1 (один) год, если ни одна из Сторон письменно не заявит о своем намерении расторгнуть Договор не менее чем за 30 (тридцать) дней до срока окончания договора. Количество пролонгаций не ограничено.
- 8.3. Настоящий Договор может быть расторгнут досрочно в одностороннем порядке по инициативе Пациента, при этом Стороны обязаны произвести полный взаиморасчет с учетом понесенных Клиникой расходов.
- 8.4. Все изменения к Договору являются неотъемлемой частью Договора и имеют юридическую силу только в том случае, если они оформлены в письменном виде, подписаны обеими Сторонами и (или) скреплены печатью Клиники.
- 8.5. Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

## 9. Реквизиты и подписи сторон

<b>Клиника</b>	
Наименование	Общество с ограниченной ответственностью «Скандинавский Центр Здоровья»
ИНН	7722255709
КПП	772201001
ОГРН	1027739141000
ОКВЭД	86.10
Место нахождения (юридический адрес)	111024, город Москва, ул. 2-я Кабельная, дом 2, строение 25
Адрес места нахождения	111024, город Москва, ул. 2-я Кабельная, дом 2, строение 25, строение 26, строение 37
Р/с	40702810838120105216
Банк	ПАО Сбербанк г. Москва
К/с	30101810400000000225
БИК	044525225
Телефоны	+ 7 (495) 645 0054;
Адрес электронной почты	info@scz.ru
Подпись	
	/ ФИО медицинского работника /

<b>Пациент</b>	
ФИО	
Дата рождения	
Паспорт	
Выдан	
Дата выдачи	
Адрес проживания	
Телефон	
Адрес электронной почты	
Подпись	
	/ ФИО Пациента либо законного представителя Пациента /

**Сведения о лицензиях  
Общества с ограниченной ответственностью «Скандинавский Центр Здоровья»**

**Регистрационный номер лицензии:** Л041-01137-77/00368142

**Дата регистрации:** 10.01.2020

**Срок действия:** бессрочно

**Наименование выдавшего лицензию лицензирующего органа/Адрес места нахождения и телефон выдавшего лицензию лицензирующего органа:**

Департамент здравоохранения г. Москвы, 127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, тел.: 8 (499) 251-83-00

**Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией:**

**111024, г. Москва, ул. Кабельная 2-я, д. 2, стр. 20** выполняемые работы, оказываемые услуги: Приказ 866н; При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике; сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: клинической лабораторной диагностике; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым).

**111024, г. Москва, ул. Кабельная 2-я, д. 2, стр. 20** выполняемые работы, оказываемые услуги: Приказ 866н; При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; дерматовенерологии; кардиологии; колопроктологии; неврологии; онкологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; рентгенологии; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; сурдологии-оториноларингологии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе профессиональной пригодности; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым); При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.

**111024, г. Москва, ул. Кабельная 2-я, д. 2, стр. 20** выполняемые работы, оказываемые услуги: Приказ 866н; При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; медицинскому массажу; сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); стоматологии общей практики; стоматологии терапевтической; ультразвуковой диагностике; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности.

**111024, г. Москва, ул. Кабельная 2-я, д. 2, стр. 20** выполняемые работы, оказываемые услуги: Приказ 866н; При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре; медицинскому массажу; сестринскому делу; физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: гастроэнтерологии; диетологии; косметологии; лечебной физкультуре; мануальной терапии; неврологии; остеопатии; пульмонологии; рефлексотерапии; спортивной медицине; физиотерапии.

**111024, г. Москва, ул. Кабельная 2-я, д. 2, стр. 20** выполняемые работы, оказываемые услуги: Приказ 866н; При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; рентгенологии; сестринскому делу; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); терапии; 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); анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; гематологии; косметологии; неврологии; нефрологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; пластической хирургии; пульмонологии; ревматологии; рентгенологии; сердечно-сосудистой хирургии; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; сурдологии-оториноларингологии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; хирургии; эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); анестезиологии и реаниматологии; хирургии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности.

**Подпись**

/

(Ф.И.О. Пациента)

/

**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**

Я, \_\_\_\_\_

г. рождения, проживающий (ая) по адресу:

даю 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в Обществе с ограниченной ответственностью «Скандинавский Центр Здоровья».

Медицинский работник в доступной для меня форме разъяснил мне цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними 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, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. Пациента)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

\_\_\_\_\_  
(дата оформления)

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, ОТНЕСЕННЫХ К ВРАЧЕБНОЙ  
ТАЙНЕ, СОГЛАСИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ ТРЕТЬИМ  
ЛИЦАМ**

Я, ПАЦИЕНТ, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

гражданин: \_\_\_\_\_ пол (М/Ж): \_\_\_\_\_ дата рождения: \_\_\_\_\_  
(страна)

место рождения: \_\_\_\_\_

паспорт: \_\_\_\_\_  
(серия и номер)

выдан: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код подразделения: \_\_\_\_\_

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)

фактически проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес фактического проживания с указанием почтового индекса)

контактные телефоны: \_\_\_\_\_  
(укажите свой номер мобильного телефона)

[illegible]

В соответствии Федеральным законом от 27.07.2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем  
**интересе (в интересах представляемого) настоящим подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных Пациента) следующему Оператору:**

- **Общество с ограниченной ответственностью «Скандинавский Центр Здоровья» (ООО «СЦЗ»)**, ОГРН 1027739141000, ИНН 7722255709, адрес (место нахождения): РФ, 111024, г. Москва, 2-я Кабельная улица, д.2 стр.25. Лицензия на осуществление медицинской деятельности No ЛО41-01137-77/00368142 от 10.01.2020 г.

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в целях предоставления возможности пользования мобильного приложения «СЦЗ», ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров по привлечению клиентов, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

Я ознакомлен с тем, что обработка моих персональных данных (в том числе в информационных системах Оператора, но не ограничиваясь: «1С:Больница», «1С:ERP», «1С-Лаборатория», «Microsoft Dynamics NAV», «OnDoc», «Microsoft BI», «Видар ПАКС», МП «СЦЗ», «Интегрис», «IBM Domino Lotus», «ФСС ЛПУ», «Siemens Singo VIA/Plasa», «Canon/Toshiba Vantage», а также, относящихся к состоянию моего здоровья, необходима для защиты моей жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов (жизни, здоровья, жизненно важных интересов пациента), либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, а также в целях оказания дополнительных медицинских и иных услуг компаниями, входящими в ООО «СЦЗ», а также медицинскими учреждениями-соисполнителями при оказании услуг путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи (по электронному адресу (e-mail), смс (sms-сообщения), телефону).



Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: Ф.И.О., пол и дата рождения, адрес места жительства, биометрические и паспортные данные, семейное положение, состав семьи, социальное положение, образование, профессия, место работы, контактный(е) телефон(ы), электронный адрес (e-mail), реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), добровольного медицинского страхования (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных (данные о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении) — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, медицинского обследования и лечения, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

Я даю согласие на проведение видеонаблюдения в кабинете врача в целях:

- обеспечения безопасности пациентов и медицинского персонала;
- контроля качества оказания медицинских услуг;
- предотвращения и фиксации возможных конфликтных ситуаций.

Видеозапись осуществляется круглосуточно с использованием технических средств, соответствующих требованиям законодательства РФ. Запись хранится 30 дней. Доступ к записи имеют только уполномоченные сотрудники учреждения и правоохранительные органы по запросу.

В целях улучшения качества обслуживания, проведения статистических исследований и маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах ООО «СЦЗ», результатах исследований, результатах лабораторных анализов, протоколов приема и иной медицинской информации (за исключением копии амбулаторной карты) в виде sms-сообщений, по e-mail (электронной почте) и (или) телефону на указанный мною выше номер телефона и адрес электронной почты. Я подтверждаю, что указанный мной номер мобильного телефона в настоящем согласии, является достоверным и принадлежит мне на основании договора об оказании услуг связи (абонента), а адрес электронной почты – зарегистрирован на мое имя и принадлежит мне (используется мной).

Я подтверждаю, что являюсь собственником адреса электронной почты bul\_al@mail.ru и мобильного телефона +7 (926) 8591416

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие Пациента, общее описание используемых Оператором способов обработки: 1) получение, ввод, сбор, систематизация, накопление персональных данных Оператором, а также у третьих лиц; 2) хранение, удаление персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе); 3) уточнение (обновление, изменение) персональных данных; 4) использование персональных данных Пациента в связи с оказываемыми услугами; 5) передача персональных данных субъекта (Пациента) в порядке, предусмотренном законодательством РФ, по внутренней сети ООО «СЦЗ» и лицам, входящих в ООО «СЦЗ», в том числе дочерним компаниям и аффилированным лицам ООО «СЦЗ», а также по защищенным каналам связи иным лицам, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Оператора, если обработка будет поручена таким лицам. С полным перечнем Операторов осуществляющих обработку персональных данных по поручению ООО «СЦЗ» можно ознакомиться по ссылке – [https://scz.ru/upload/reestr\\_pdn.pdf](https://scz.ru/upload/reestr_pdn.pdf)

Оператор также 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). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору ОМС, по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных в течение всего срока действия Договора, заключенного с ООО «СЦЗ», а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством РФ.

Я уведомлен о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных (в том числе своего согласия о получении информации об услугах по e-mail, sms, телефону) путем подачи письменного заявления Оператору, а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении к Оператору на основании письменного запроса.

Я подтверждаю, что ознакомлен со следующими своими правами: 1) на получение сведений об Операторе, о месте его нахождения, о наличии у Оператора персональных данных, относящихся к моим персональным данным, а также на ознакомление с такими персональными данными; 2) требовать от Оператора уточнения своих персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав; 3) на получение при обращении к Оператору с запросом информации, касающейся обработки своих персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что имею право на получение при обращении с письменным запросом информации, касающейся обработки персональных данных, в том числе содержащей: 1) подтверждение факта обработки персональных данных Оператором, а также цель обработки; 2) способы обработки персональных данных, применяемые Оператором; 3) сведения о лицах, которые имеют доступ к персональным данным или которым может быть предоставлен такой доступ; 4) перечень обрабатываемых персональных данных и источник их получения; 5) сроки обработки персональных данных, в том числе сроки их хранения; 6) сведения о том, какие последствия может повлечь за собой обработка персональных данных.

Я, в соответствии со статьёй 12 (п. 3) Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», уведомлен(а) о том, что в процессе использования аналитических сервисов (включая Google Analytics 4, GA4) мои персональные данные могут передаваться за пределы Российской Федерации на серверы Google, расположенные в других странах.

Я понимаю возможные риски, связанные с такой передачей, и подтверждаю своё согласие на обработку и трансграничную передачу моих персональных данных в указанных целях.

Я ознакомлен с тем, что Оператор при обработке персональных данных обязан принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий.

**Пациент:** \_\_\_\_\_  
(подпись Пациента, ФИО полностью)

Дата \_\_\_\_\_