

**Договор присоединения
к публичному договору-оферте на оказание платных медицинских услуг**

Общество с ограниченной ответственностью «Специальная проектная компания «XXI век» (ООО «Специальная проектная компания «XXI век») действующее на основании Лицензии № Л041-01149-47/01317913, выданной 26.07.2024 года Комитетом по здравоохранению Ленинградской области (Санкт-Петербург, ул. Лафонская, д. 6а, т.(812) 539-45-45), действующей бессрочно, ОГРН 1157847330640, ИНН 7802542667, входящее в Группу компаний «Медицинский центр «XXI век» и использующее соответствующие коммерческие обозначения, действующее в своих интересах, а также в интересах, от имени и по поручению каждой медицинских компании, входящих Группу компаний «Медицинский центр «XXI век» (информация о Группе компаний приведена на сайте Исполнителя), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Соколовой Анны Анатольевны, действующей на основании Устава, с одной стороны

и _____
именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик/Пациент», с другой стороны, заключили настоящий Договор присоединения к публичному договору-оферте на оказание платных медицинских услуг о следующем:

Заказчик по настоящему Договору является одновременно Пациентом / Потребителем (далее – Пациент)
 Заказчик по настоящему Договору действует в интересах несовершеннолетнего до 15 лет _____, именуемого далее Пациент.

Заказчик по настоящему Договору действует в интересах несовершеннолетнего от 15 до 18 лет _____, именуемого далее Пациент.

Подписанием настоящего Договора Заказчик подтверждает, что уведомлен о праве Пациента старше 15 лет самостоятельно, без участия родителей или иных представителей, принимать решения относительно своего здоровья, подписывать информированное согласие, осуществлять все иные права, предоставленные законом пациентам, в том числе оплачивать полученные услуги, а также подтверждает свои обязательства по оплате всех услуг, оказанных Исполнителем Пациенту.

Заказчик по настоящему Договору действует в интересах совершеннолетнего _____, именуемого далее Пациент, на основании _____.

Настоящий договор присоединения (в соответствии со статьей 428 ГК РФ) является официальным предложением Исполнителя о заключении публичного договора-оферты на оказание платных медицинских услуг любому лицу, желающему получить медицинскую услугу в учреждении Исполнителя на условиях в редакции, действующей на дату подписания Договора присоединения. Акцептом условий договора присоединения является подписание Заказчиком/Пациентом настоящего документа и/или оплата указанных в нем услуг, что удостоверяет факт заключения публичного договора-оферты на оказание платных медицинских услуг между Исполнителем и Заказчиком/Пациентом, условия которого размещены на официальном сайте Исполнителя, а также на информационном стенде в клинике Исполнителя.

1. Пациент / Законный представитель Пациента настоящим предоставляет право запрашивать и получать сведения, составляющие врачебную тайну Пациента (в том числе и после смерти Пациента), следующим лицам:

№п/п	Фамилия Имя Отчество	серия и номер паспорта	телефон	отметка администратора о внесении в МИС
1				
2				
3				

3. Заказчик настоящим передает все права и обязанности, принадлежащие законному представителю Пациента, в том числе право принимать решение об оказании медицинских услуг или отказе от них, право подписывать информированное согласие на медицинское вмешательство в отношении Пациента, право запрашивать и получать

сведения, составляющие врачебную тайну Пациента, а также обязанность принять и оплатить оказанные услуги следующим лицам:

№п/п	Фамилия Имя Отчество	серия и номер паспорта	телефон	отметка администратора о внесении в МИС
1				
2				
3				

4. Подписывая настоящий договор присоединения, Заказчик/Пациент дает свое согласие на обработку персональных данных в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст.11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных» и дает информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Настоящим Заказчик/Пациент удостоверяет, что текст информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (Приложения к Договору-оферте) им прочитан, понятно назначение данного документа, полученные разъяснения сделаны в доступной форме. Условия согласия на обработку персональных данных и условия информированного добровольного согласия размещены на официальном сайте Исполнителя.
5. Прошу результаты исследований и медицинские документы направлять на электронную почту по адресу: _____@_____
6. Настоящий договор присоединения составлен в 2 (двух) подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по 1 (одному) экземпляру для каждой из Сторон.

АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН:

Заказчик

Учреждение

_____/_____/_____

_____/_____/Соколова А.А./

Со всеми документами вы можете ознакомиться:

На нашем сайте

В вашем личном кабинете



Согласие на обработку персональных данных

Настоящим 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, (текст согласия, включающий перечень персональных данных, цели их обработки, перечень действий с персональными данными, срок, в течение которого действует согласие субъекта, размещен на сайте Исполнителя) **Обществу с ограниченной ответственностью «Специальная проектная компания «XXI век»** (далее – «Оператор», «Исполнитель») на обработку моих (Пациента) персональных данных, персональных данных моего ребенка (подопечного), в порядке, указанном в Разделе 7 Публичного договора-оферты на оказание платных медицинских услуг ООО «Специальная проектная компания «XXI век», включающих такие данные: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, дата и место рождения, адрес, паспортные данные (данные документа удостоверения личности), СНИЛС, гражданство, информацию о факте обращения за медицинской помощью, данные о состоянии здоровья, диагнозах, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, и иная информация, полученная при моем обследовании и лечении (далее – «персональные данные») при условии, что обработка данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью или уполномоченными сотрудниками Медицинского центра для обеспечения оказания мне услуг, семейное и социальное положение, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), сведения составляющие врачебную тайну, другая информация, содержащаяся в принадлежащих мне (представляемому мной лицу) и/или относящихся ко мне (представляемому мной лицу) документах и иных источниках информации, предоставленных Оператору, или полученных им в установленном законом порядке.

Я предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам, а также путем передачи персональных данных (в том числе информацию, содержащую сведения о врачебной тайне), по телефону на номер, указанный Заказчиком, с целью согласования оказания мне (Пациенту) медицинских услуг в случаях, предусмотренных договором (в случае если медицинские услуги оказываются в рамках такого договора).

_____ / _____
а также даю согласие на передачу моих (Пациента) персональных данных, персональных данных моего ребенка (подопечного), медицинским учреждениям, входящим в Группу компаний «Медицинский центр «XXI век», и иным лицам, привлеченным Исполнителем, в целях оказания мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг и иных услуг, в том числе идентификации; отражения информации в медицинской документации; предоставления сведений страховым и иным компаниям (в случае оплаты ими оказываемых услуг), в том числе с целью выяснения ими обстоятельств страхового случая и администрирования дела о страховом случае; предоставления установленной законодательством отчетности в отношении оказанных медицинских услуг, включающих такие персональные данные: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, дата и место рождения, адрес, паспортные данные (данные документа удостоверения личности), СНИЛС, гражданство, информацию о факте обращения за медицинской помощью, данные о состоянии здоровья, диагнозах, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, и иная информация, полученная при моем обследовании и лечении (далее – «персональные данные») при условии, что обработка данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью или уполномоченными сотрудниками Медицинского центра для обеспечения оказания мне услуг, семейное и социальное положение, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), сведения составляющие врачебную тайну, другая информация, содержащаяся в принадлежащих мне (представляемому мной лицу) и/или относящихся ко мне (представляемому мной лицу) документах и иных источниках информации, предоставленных Оператору, или полученных им в установленном законом порядке.

Настоящим я подтверждаю, что в случае исключения части персональных данных для передачи из приведенного перечня, у Исполнителя может отсутствовать возможность оказать/обеспечить оказание необходимых медицинских услуг.

_____ / _____
Настоящее согласие дано мной с момента подписания договора присоединения к настоящему Договору-оферте и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

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

Подписывая настоящее согласие, подтверждаю, что обладаю гражданской дееспособностью и не лишен ее ни полностью, ни частично.

_____ / _____

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

Настоящим, я 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), для получения мной первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь.

В наглядной и доступной для меня форме мне разъяснены 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 следующих медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

(подпись пациента/законного представителя)

(расшифровка подписи)