

ООО «ФОРТУНА - 3» (Клиника эстетической медицины «Триумф») в соответствии с требованиями, определенными Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006») уведомляет потребителя и заказчика о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Договор на оказание платных медицинских услуг № _____

г. Красноярск

« » г.

Общество с ограниченной ответственностью «ФОРТУНА – 3» (ИНН 2466045674 ОГРН 1022402647519, дата регистрации: 24.09.1998, наименование регистрационного органа: Администрация Центрального района города Красноярска), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании Доверенности от «26» августа 2025г., с одной стороны, и

Гр-н (ка) _____

(указывается Фамилия, имя, отчество полностью)

именуемая (ый) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, действующий в интересах гражданина _____

(указывается Фамилия, имя, отчество полностью)

именуемого (ой) в дальнейшем «Пациент», вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор на оказание платных медицинских услуг, в дальнейшем именуемый «Договор», о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту на возмездной основе комплекс медицинских (работ) услуг, включающих в себя амбулаторное обследование, лечение и иные медицинские услуги (далее – «Услуги») наименование, перечень, объем (количество), стоимость, сроки оказания которых оговорены сторонами в Актах об оказанных услугах, являющихся неотъемлемой частью настоящего договора, а Заказчик обязуется оплатить эти Услуги в размере, порядке и сроки в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.2. Необходимым предварительным условием для оказания услуг по настоящему Договору является информированное добровольное согласие Пациента на медицинское вмешательство и проведение определенного вида лечения, и означает получение им всей необходимой для принятия решения информации.

1.3. Подписанием настоящего договора и приложений к нему Заказчик подтверждает, что в полной мере ознакомлен с действующим Прайсом цен на медицинские услуги Исполнителя.

2. Условия и порядок предоставления услуг

2.1. Услуги оказываются Исполнителем в соответствии с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, на основании Лицензии №ЛО-24-01-004311 от 29 марта 2019 года, выданной Министерством здравоохранения Красноярского края, адрес лицензирующего органа: 660017, г. Красноярск, ул. Красной армии, 3, телефон: 8 (391) 211-51-51, факс: 8 (391) 211-01-36.

2.2. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору по адресу осуществления медицинской деятельности: 660049, г. Красноярск, ул. Карла Маркса, д. 14. (пом. 36,38).

2.3. Услуги по настоящему Договору оказываются в дни и часы работы Исполнителя и доводятся до сведения Заказчика и (или) Пациента любым доступным способом, в том числе путем размещения информации на официальном сайте Исполнителя в информационно – телекоммуникационной сети «Интернет» и на информационных стендах (стойках) в помещении организации.

2.4. Оказание услуг по настоящему Договору осуществляется как в порядке предварительной записи на прием посредством телефонной или иной связи, так и непосредственно при личном обращении Заказчика и (или) Пациента.

2.5. Клиника уведомляет Пациента об альтернативной возможности получения Услуг без взимания платы в иных медицинских организациях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Клиника не участвует в реализации вышеуказанных программ.

3. Права и обязанности Сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать услуги по перечню работ (услуг), согласно действующей Лицензии с соблюдением предусмотренных действующим законодательством требований в отношении их качества и безопасности.

3.1.2. В своей деятельности по оказанию услуг использовать только разрешенные к применению на территории Российской Федерации в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, лекарственные препараты и медицинские изделия.

3.1.3. Предоставить Заказчику и (или) Пациенту в доступной для него форме достоверную и полную информацию о содержании, стоимости и условиях оказания услуг по настоящему Договору.

3.1.4. При заключении настоящего Договора и при его исполнении предоставить Пациенту по его требованию и в доступной для него форме сведения о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, порядках и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении услуг (если таковые имеются), информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую услугу, в том числе его профессиональном образовании и квалификации, используемых при оказании услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях и противопоказаниях к их применению, другие сведения, относящиеся к предмету настоящего Договора.

3.1.5. Разъясняет и предупреждает Пациента, что в ходе оказания Услуг может потребоваться по медицинским показаниям предоставление на возмездной основе дополнительных Услуг, не согласованных с ним до начала приема. В данном случае Пациент вправе согласиться либо отказаться от продолжения оказания услуг.

3.1.6. Оформлять и вести необходимую медицинскую документацию на Пациента с соблюдением установленных законодательством Российской Федерации требований в соответствии с профилем оказываемых услуг.

3.1.7. Обеспечить Пациенту возможность ознакомиться с медицинской документацией и (или) предоставить ее заверенные копии в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения от него соответствующего письменного заявления.

3.1.8. В ходе оказания услуг Пациенту обеспечить соблюдение медицинскими работниками принципов медицинской этики и деонтологии и врачебной тайны: информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, кроме случаев, предусмотренных законом.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Самостоятельно определять длительность, объем и виды медицинских вмешательств, лекарственные препараты и медицинские изделия, применяемые при оказании услуг по настоящему Договору, уведомлять об этом Заказчика/Пациента.

3.2.2. По своему усмотрению дополнять или изменять прейскурант медицинских услуг.

3.2.3. Приостановить оказание услуг по настоящему Договору при несоблюдении Заказчиком/ Пациентом сроков и порядка оплаты, предусмотренных настоящим Договором, до момента их исполнения.

3.2.4. В одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора случаях, предусмотренных действующим законодательством.

3.2.5. Не проводить манипуляции и/или прекратить оказание услуг:

3.2.5.1. Если пожелания или требования Заказчика и (или) Пациента в отношении характера и (или) ожидаемых результатов медицинского вмешательства не соответствуют применяемым медицинским технологиям и (или) методам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации и могут вызвать нежелательные последствия для его здоровья либо с высокой вероятностью не будет достигнут эстетический эффект от медицинского вмешательства;

3.2.5.2. Если у Пациента имеются противопоказания к медицинскому вмешательству либо к используемым в ходе оказания услуг лекарственным препаратам и (или) медицинским изделиям.

3.2.5.3. В случае выявления у Пациента какого – либо заболевания, патологического процесса или состояния, при котором необходимо оказание услуг, отсутствующих в действующей лицензии Исполнителя.

3.2.6. В случае невыполнения и (или) нарушения Пациентом медицинских предписаний, рекомендаций и (или) назначений, обеспечивающих качественное оказание услуг, либо условий настоящего Договора. При этом стоимость фактически оказанных услуг не возвращается, а Исполнитель освобождается от ответственности за возможное изменение состояния здоровья Пациента либо отсутствие желаемого эффекта от медицинских процедур и (или) манипуляций и (или) вмешательств, проведенных в рамках оказания услуг по настоящему Договору.

3.2.7. В случае возникновения угрозы для жизни или здоровья Пациента в соответствии с медицинскими показаниями самостоятельно определять необходимый перечень и объем услуг, при этом их оплата производится на условиях настоящего Договора.

3.3. Пациент обязуется:

3.3.1. До оказания услуг предоставить Исполнителю достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья, в том числе все известные сведения о перенесенных заболеваниях, непереносимости лекарственных средств, аллергических реакциях, проводимом ранее лечении и его результатах, а также иных обстоятельствах, которые могут повлиять на оказание услуг по настоящему Договору.

3.3.2. В течение всего срока оказания услуг и после их завершения в период действия настоящего Договора неукоснительно и точно выполнять все медицинские предписания, рекомендации и (или) назначения, своевременно информировать медицинского работника, предоставляющего соответствующую услугу о состоянии своего здоровья и любых его изменениях, переносимости медицинских процедур и (или) манипуляций и (или) вмешательств, а также о любых обстоятельствах, препятствующих оказанию услуг по настоящему Договору.

3.3.3. В ходе оказания услуг по настоящему Договору не использовать лекарственные препараты или медицинские изделия, назначенные или рекомендованные специалистами других медицинских организаций, а также уведомить об этом медицинского работника Исполнителя, предоставляющего соответствующую услугу, так как такая информация необходима для качественного и безопасного оказания услуг и достижения эффекта от назначенных лекарственных препаратов и (или) медицинских процедур и (или) манипуляций и (или) вмешательств.

3.3.4. В случае обращения за медицинской помощью в другие медицинские организации, получения назначений от других специалистов обязательно уведомить об этом Исполнителя.

3.3.5. При прохождении всего курса лечения отказаться от употребления наркотиков, алкоголя, спиртосодержащих напитков, табака и психотропных препаратов, если последние не показаны курсом лечения.

3.3.6. Своевременно оплачивать услуги, оказываемые Исполнителем по Договору в соответствии с Актами об оказанных услугах.

3.4. Пациент имеет право:

3.4.1. Получать в доступной форме информацию о состоянии своего здоровья, о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных сроках и вариантах медицинского вмешательства и возможных и фактических результатах проведенного лечения, а также перечне, условиях, порядке предоставления услуг, режиме работы Исполнителя, информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую услугу, в том числе его профессиональном образовании и квалификации, а также иную информацию, относящуюся к предмету настоящего Договора.

3.4.2. После ознакомления с методикой лечения отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Пациентом и врачом.

3.4.3. В любое время отказаться от медицинских процедур и (или) манипуляций и (или) вмешательств, проводимых в рамках оказания услуг по настоящему договору, кроме случаев, предусмотренных действующим Законодательством РФ.

3.4.4. Получать необходимые медицинские документы, в том числе справки и выписки, знакомиться с Положением о порядке предоставления медицинской документации пациентам, действующем у Исполнителя, медицинской документацией и получать ее копии.

3.4.5. Обращаться к ответственным лицам Исполнителя с предложениями, заявлениями, в том числе в случае претензий по качеству оказанных услуг по настоящему договору в соответствии с действующим Законодательством РФ.

3.5. Заказчик имеет право:

3.5.1. Требовать от Исполнителя надлежащего исполнения условий настоящего Договора.

3.5.2. Получать информацию о ходе оказания услуг по настоящему Договору.

3.5.3. В любое время расторгнуть Договор, уплатив Исполнителю стоимость фактически оказанных услуг и возместив расходы, понесенные Исполнителем до момента расторжения настоящего Договора.

3.6. Заказчик обязан:

3.6.1. Обеспечить выполнение Пациентом условий настоящего Договора, при этом Заказчик несет ответственность за его действия как за свои собственные.

3.6.2. Осуществлять оплату услуг в размере, порядке и сроки в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.6.3. Подписать Акт оказанных услуг непосредственно после их оказания. В случае не подписания Заказчиком Акта или непредоставления письменного мотивированного отказа от подписания в тот же срок, услуги считаются оказанными и принятыми с надлежащим качеством и подлежат оплате в полном объеме.

4. Стоимость услуг и порядок расчетов

4.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется в соответствии с утвержденным и действующим у Исполнителя на момент оказания услуг прейскурантом цен. Стоимость услуг, оказываемых Исполнителем по настоящему Договору, также указывается в Актах о оказанных услугах, являющихся неотъемлемой частью настоящего Договора.

4.2. Оплата услуг производится наличным или безналичным путем в кассу либо на расчетный счет Исполнителя на основании предварительно выставленного счета путем предварительной оплаты полной стоимости услуг.

4.3. В случае предоставления дополнительных услуг сверх первоначально согласованного с Заказчиком объема они подлежат оплате не позднее фактического оказания таких услуг.

4.4. В случае расторжения настоящего Договора по инициативе Заказчика, в том числе в случае отказа Пациента от медицинских процедур и (или) манипуляций и (или) вмешательств полностью или в части до момента окончания оказания услуг, стоимость предварительной оплаты возвращается Заказчику на основании его письменного заявления, течение 5 (пяти) рабочих дней с момента его получения.

5. Ответственность Сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, если настоящим Договором не предусмотрено иное.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, причиной которого стало нарушение Заказчиком и (или) Пациентом условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

5.3. Возможные осложнения и (или) побочные эффекты медицинских процедур и (или) манипуляций и (или) вмешательств, проведенных в рамках оказания услуг по настоящему Договору, в том числе применяемых лекарственных препаратов или медицинских изделий, возникшие вследствие индивидуальных особенностей организма Пациента, вероятность которых не может быть полностью или частично исключена, не являются недостатками качества или безопасности услуг по настоящему Договору, о чем, Заказчик и Пациент уведомлены до момента оказания услуг.

5.4. При заключении настоящего Договора Стороны пришли к соглашению, что медицинские процедуры и (или) манипуляции и (или) вмешательства с целью устранения и (или) уменьшения косметических дефектов могут быть проведены по личному желанию самого пациента, в том числе без медицинских показаний, при отсутствии противопоказаний и угрозы нанесения вреда жизни и здоровью. В этом случае оценка эстетических результатов оказанных услуг имеет субъективный характер и оценивается на определенный момент времени, спустя различные промежутки времени может претерпевать изменения, в связи с чем не является недостатком качества услуг по настоящему Договору.

5.5. Претензии по недостаткам оказанных услуг принимаются Исполнителем в соответствии с действующим Законодательством РФ.

6. Дополнительные условия

6.1. Договор вступает в силу с момента подписания и действует в течение 1 (одного) года. Окончание срока действия настоящего Договора влечет прекращение обязательств Сторон, но не освобождает Стороны от ответственности за нарушение своих обязательств, возникших в период его действия. Если за 30 дней до окончания срока действия договора ни одна из сторон не заявит о его расторжении, то договор считается продленным на аналогичный срок и на таких же условиях.

6.2. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

6.3. Договор составлен в двух или трех экземплярах (в зависимости от количества Сторон по Договору), имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

6.4. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть из настоящего Договора подлежат разрешению в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

7. Реквизиты и подписи Сторон

<u>Исполнитель:</u> ООО «ФОРТУНА – 3»	<u>Заказчик: (ФИО)</u>	<u>Пациент*:</u> (ФИО) * Не заполняется в случае, если Заказчик одновременно является Пациентом по Договору.
ИНН 2466045674 КПП 246601001, ОГРН 1022402647519 Юридический адрес: 660049, г. Красноярск, ул. Карла Маркса, 14, пом. 36, пом.38. Почтовый адрес: 660049, г. Красноярск, ул. Карла Маркса, 14, пом.36, пом.38. тел./факс: (391) 212-50-50 р/счет 40702810623300003922 в Филиале «Новосибирский» АО «Альфа-Банк» г. Красноярск, к/с 30101810600000000774, БИК Банка 045004774	<u>Паспорт</u> <u>Дата рождения</u> <u>ИНН</u> <u>СНИЛС</u> <u>Адрес</u> <u>Телефон</u> <u>Эл.Почта</u>	<u>Паспорт</u> <u>Дата рождения</u> <u>ИНН</u> <u>СНИЛС</u> <u>Адрес</u> <u>Телефон</u> <u>Эл.Почта</u>
Исполнитель: <u>Администратор</u> ООО «ФОРТУНА – 3» _____/_____ М.П.	Заказчик: _____/_____/_____ _____	Пациент*: _____/_____/_____ _____

Договор прочитан лично Заказчиком /Пациентом, условия договора и приложения к нему разъяснены и понятны.

Стороны договорились о том, что положения статьи 16 Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 года N 2300-I "О защите прав потребителей" в редакции Федерального закона от 01.05.2022г. №135-ФЗ "О внесении изменения в статью 16 Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей", устанавливающие перечень недопустимых условий договора, ущемляющих права потребителя, в полной мере распространяются на отношения, возникшие из ранее заключенного Сторонами Договора на оказание платных медицинских услуг.

1. Заказчик подтверждает, что ознакомлен Исполнителем с перечнем работ (услуг) согласно действующей лицензии на медицинскую деятельность №ЛО-24-01-004311 от 29 марта 2019 года, проинформирован об уровне образования и квалификации медицинских работников, оказывающих услуги.

2. Заказчик: Я, _____
фамилия, имя, отчество полностью

подтверждаю, что мне в доступной форме предоставлена информация о возможности получения Пациентом 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

подпись Заказчика

3. Заказчик в дальнейшем не будет иметь каких – либо претензий к Исполнителю в связи с оказанием Пациенту указанных в настоящем перечне услуг за плату, даже в том случае, если соответствующие услуги включены в указанные программы, поскольку добровольно принял решение об их получении на возмездной основе, а Исполнитель не участвует в реализации данных программ

подпись Заказчика

4. Заказчик: Я, _____
фамилия, имя, отчество полностью

ДАЮ/ НЕДАЮ (нужное подчеркнуть) согласие на подключение к программе лояльности Исполнителя (ООО ФОРТУНА-3)
Условия программы лояльности размещены на сайте Исполнителя <https://triumf-k.ru/>

Подпись заказчика

Подписи Сторон:

Исполнитель:
Администратор
ООО «ФОРТУНА – 3»

Заказчик:

Пациент*:

_____/ _____ / _____ / _____ /

М. П.

* Не заполняется в случае, если Заказчик одновременно является Пациентом по Договору.

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных пациента**

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество Пациента¹ – при наличии)

основной документ, удостоверяющий личность:

(Вид документа, серия, номер, дата выдачи документа, наименование выдавшего органа)

зарегистрированный(ая) по адресу _____
(адрес субъекта персональных данных),

в дальнейшем именуемый Пациент, (в случае непосредственного получения медицинских услуг по Договору на оказание платных медицинских услуг (далее по тексту - Договор), или

(Фамилия, имя, отчество Представителя – при наличии)

основной документ, удостоверяющий личность:

(Вид документа, серия, номер, дата выдачи документа, наименование выдавшего органа)

зарегистрированный(ая) по адресу _____
(адрес представителя субъекта персональных данных),

действующий от имени:

(Фамилия, имя, отчество Пациента – при наличии)

основной документ, удостоверяющий личность:

(Вид документа, серия, номер, дата выдачи документа, наименование выдавшего органа)

зарегистрированного(ой) по адресу _____
(адрес субъекта персональных данных)

на основании _____
(сведения о документе, подтверждающем полномочия представителя субъекта персональных данных²),

именуемый в дальнейшем Заказчик, в случае заключения Договора в интересах третьего лица (Пациента), при несовпадении Заказчика и Пациента в одном лице,

даю свое согласие на обработку ООО «ФОРТУНА -3» (ИНН 2466045674, ОГРН 1022402647519, юридический адрес: 660049, гор. Красноярск, ул. Карла Маркса, д. 14, пом. 36, пом.38) (далее по тексту - Оператор) моих персональных данных, а в случае подписания

¹ Субъект персональных данных

² Представитель субъекта персональных данных - законный представитель или представитель, уполномоченный субъектом персональных данных

настоящего согласия представителем субъекта персональных данных, персональных данных Пациента, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных:

любая информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу (субъекту персональных данных), в том числе фамилия, имя, отчество; год рождения; месяц рождения; дата рождения; место рождения; адрес; семейное положение; паспортные данные; пол; контактный номер телефона; сведения о состоянии здоровья (в т.ч. группа здоровья, группа инвалидности и степень ограничения к трудовой деятельности, состоянии диспансерного учета, зарегистрированные диагнозы), о заболеваниях; сведения об оказанных медицинских услугах (в т.ч. о проведенных лабораторных анализах и исследованиях и их результатах, выполненных оперативных вмешательствах, случаях стационарного лечения и их результатах); сведения о праве на льготы и льготное лекарственное обеспечение; сведения, содержащиеся в полисе медицинского страхования; сведения, содержащиеся в

страховом свидетельстве государственного пенсионного страхования (СНИЛС); сведения, содержащиеся в медицинских документах (история болезни и др.), домашний телефон, рабочий телефон, мобильный телефон, адрес электронной почты, любая иная информация, необходимая Оператору в целях оказания услуг в рамках заключенного договора на оказание медицинских услуг.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных, а в случае подписания настоящего согласия представителем Пациента, персональных данных Пациента, в целях:

- документального оформления договорных отношений между Пациентом и ООО «ФОРТУНА -3» в связи с оказанием мне платных медицинских услуг, в том числе, но не исключительно заключения и исполнения договора;
- оказания Оператором платных медицинских услуг, ведения медицинского учета;
- предоставления информации в медицинские учреждения, страховые компании (при необходимости);
- проведение опросов и исследований, направленных на выявление удовлетворенности/неудовлетворенности пациента медицинской помощью, оказываемой по договору на оказание платных медицинских услуг;
- получение от пациента информации, которая может способствовать улучшению качества оказываемых услуг, улучшения качества обслуживания Пациента;
- проведения маркетинговых программ и различных статистических исследований;
- проведения телефонного опроса субъекта персональных данных, а также опроса субъекта персональных данных по электронной почте, на сайте или с помощью sms-сообщений, мессенджеров, в том числе, но не ограничиваясь, об удовлетворенности Пациента и (или) Заказчика, или Законного представителя Пациента, или Представителя Пациента качеством и уровнем организации и оказания медицинских и иных услуг Оператора;
- обработки персональных данных в электронных медицинских системах с использованием машинных носителей информации, сбора статистических данных, в том числе, но не ограничиваясь, обработки и передачи в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения; осуществления контроля правильности оформления юридически значимых документов с Пациентом и (или) Заказчиком, или Законным представителем Пациента, или Представителем Пациента; направление результатов анализов, исследований, заключений специалистов, иной информации о состоянии здоровья Пациента по электронной почте или с помощью мессенджера, указанным Пациентом и (или) Заказчиком, или Законным представителем Пациента, или Представителем Пациента;
- онлайн записи к Оператору через сайт самого Оператора, сайты третьих лиц, записи к Оператору с привлечением третьих лиц, оказывающих услуги по записи к Оператору, использования мобильного приложения Оператора, а также записи к Оператору по телефону Оператора или с помощью мессенджеров;
- направления информационных сообщений об Операторе или иной информации, необходимой для оказания медицинских и иных услуг;
- таргетирования рекламных сообщений, информирования субъекта персональных данных об акциях Оператора, бонусной системе, направления сообщений рекламного, информационного характера.

В процессе оказания Оператором Пациенту платных медицинских услуг предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными, а в случае подписания настоящего согласия представителем Пациента, персональными данными Пациента:

обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение), передачу (распространение, в том числе передачу третьим лицам) в том числе передачу персональных данных по сети Интернет или в иной форме, осуществляемых сотрудниками подразделений Оператора с целью оказания Пациенту медицинских услуг с использованием дистанционного взаимодействия (включая предоставление персональных данных третьим лицам, осуществляющим обработку персональных данных, с которыми у Оператора заключены договоры с целью проведения медицинского обследования и лечения Пациента как в момент подписания настоящего Согласия, так и после его подписания, или в организации, с которыми у Оператора заключены договоры на обслуживание медицинского оборудования и программного обеспечения как в момент подписания настоящего Согласия, так и после его подписания, а также иным участникам информационного взаимодействия при наличии у Оператора соответствующих договоров или в силу требований законодательства) моих персональных данных, а в случае подписания настоящего согласия представителем Пациента, персональных данных Пациента, неавтоматизированным, автоматизированным способом, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. Обработка персональных данных включает, но не ограничивается, автоматическую сверку почтовых кодов с базой кодов, автоматическую проверку написания названий улиц, населенных пунктов, уточнение данных с Пациентом (посредством почтовой связи, электронной почты, телефонной связи (включая мобильную связь), факсимильной связи, сети Интернет), сегментацию информационной базы по заданным критериям, периодические контакты с Пациентом посредством телефонной связи (включая мобильную связь), посредством электронной почты или сети Интернет.

Я даю согласие на использование персональных данных исключительно в приведенных выше целях, а также на хранение данных об этих результатах на электронных носителях.

Я проинформирован, что получатель сведений гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Я выражаю согласие и разрешаю Оператору или третьим лицам по поручению Оператора обрабатывать свои персональные данные, а в случае подписания настоящего согласия представителем Пациента, персональных данных Пациента, с помощью

различных средств связи, включая, но, не ограничиваясь: почтовая рассылка, электронная почта, телефон (включая мобильный), сеть Интернет, объединять персональные данные в информационную систему персональных данных и обрабатывать персональные данные с помощью средств автоматизации либо без использования средств автоматизации, а также с помощью иных программных средств, в том числе специально разработанных по поручению Оператора.

Я соглашаюсь с тем, что Оператор вправе поручить обработку моих персональных данных, указанных в настоящем согласии, другому лицу (лицам) на основании поручения либо заключаемого с этим лицом (лицами) договора, либо путем принятия государственным органом соответствующего акта. Я проинформирован Оператором, что ответственность передо мной, а в случае подписания согласия представителем Пациента перед Пациентом за действия лица, обрабатывающего персональные данные по поручению Оператора, несет Оператор, выдавший соответствующее поручение.

Данное согласие действует до дня отзыва согласия Пациента, а в случае подписания настоящего согласия представителем субъекта персональных данных - до момента отзыва согласия представителем субъекта персональных данных.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению либо личному обращению, а в случае подписания настоящего согласия представителем Пациента, персональных данных Пациента, по заявлению или обращению представителя.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах, а в случае подписания настоящего согласия представителем Пациента, персональных данных Пациента, по воле и в интересах Пациента.

« ____ » _____ 202 ____ г.

Подпись

Расшифровка подписи