***ООО "ЦМГ КОНСИЛИУМ", в лице генерального директора Чаркина Георгия Павловича, уведомляет, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего 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/Пациента.***

***С уведомлением ознакомлен(-а) и согласен(-а)***

***Тест Т.Т. / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**Договор N БА000100169**

**возмездного оказания медицинских услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Железнодорожный | 13.05.2022 |

**Гражданин(-нка)** **Тест Тест Тест**,

ФИО пациента/законного представителя

действующий/-ая от имени и в интересах ,

ФИО дата рождения ребенка/самого (ой) себя

именуемый/-ая в дальнейшем «**Пациент**»/«**Законный представитель**» с одной стороны, и

**ООО "ЦМГ КОНСИЛИУМ"**, адрес юридического лица: 143989, Московская обл, Балашиха, Балашиха г, Ольгино мкр., Главная ул, дом 7, корпус 1, офис 1, зарегистрировано 31.03.2017 года Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №23 по Московской области за ОГРН 1175053005522, Лист записи единого государственного реестра юридических лиц от 31.03.2017 года, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице генерального директора Чаркина Георгия Павловича**,** действующего на основании Устава, с другой стороны, совместно именуемые «**Стороны**», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ДОГОВОРЕ**

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

***Платные медицинские услуги*** - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования; ***Потребитель/Пациент*** - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"; ***Исполнитель*** - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Потребителям/Пациентам; ***Законный представитель*** (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) – лицо, сопровождающее Пациента, утверждающее, что имеет все необходимые полномочия действовать, и действующее от лица несовершеннолетнего Пациента, с которым заключается договор на оказание медицинских услуг. ***Медицинская организация/Клиника*** - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности. ***Прайс-*** перечень и стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых медицинской организацией, утвержденные руководством Клиники и размещенные/опубликованные на сайте медицинской организации **https://consilium-zheldor.ru/**.

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги (далее - медицинские услуги/услуги), а Пациент/Законный представитель обязуется уплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Объем и стоимость конкретных услуг оформляется в виде Приложений к настоящему Договору, стоимость услуг определяется в соответствии с прайсом.

1.3. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

1.4. Пациент/Законный представитель обязуется оплатить оказываемые медицинские услуги в размере и порядке, установленном настоящим договором. При этом Пациент/Законный представитель получил информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и даёт свое согласие получение платных медицинских услуг.

***Я проинформирован(-а) о возможности получить необходимые мне услуги в других лечебных учреждениях и у других специалистов, и подтверждаю свое согласие на получение платных медицинских услуг в ООО "ЦМГ КОНСИЛИУМ". Мною добровольно выбраны вид(-ы) платных медицинских услуг, которые я хочу получить в ООО "ЦМГ КОНСИЛИУМ". Я ознакомлен (-а) с действующим прайсом цен на медицинские услуги и согласен(-на) оплатить услуги в соответствии с ним.***

**С уведомлением ознакомлен(-а) и согласен(-а)**

***Тест Т.Т. / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Предоставить Пациенту/Законному представителю бесплатную и достоверную информацию в доступной форме о режиме работы, местонахождении Исполнителя, правилах внутреннего распорядка во время пребывания на амбулаторном лечении (дневном стационаре), об условиях предоставления платных медицинских услуг, их перечне, стоимости и порядке оплаты, а также сведения о квалификации и сертификации/аккредитации специалистов, информацию о предполагаемом результате лечения и возможных осложнениях.

2.1.2. Оказывать Пациенту услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора, а при необходимости и дополнительные услуги в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, стандартами и нормативными правовыми актами, действующими в системе здравоохранения, использовать в процессе лечения только разрешенные, запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой.

2.1.3. В случае оказания услуг по подбору Пациенту ортокератологических контактных линз (далее ОК-линзы) или бифокальных мягких контактных линз (далее Би-МКЛ), осуществлять плановое динамическое наблюдение Пациента в течение курса динамической рефракционной терапии (три приема в год). Предоставить Пациенту инструкцию по использованию ОК-линз или Би-МКЛ, сведения об основных потребительских свойствах продаваемых товаров и оказываемых медицинских услугах, в том числе о возможных неблагоприятных последствиях и осложнениях, которые могут возникнуть при использовании контактных линз.

 2.1.4. Создать все необходимые условия для надлежащего оказания услуги. Услуги должны оказываться с надлежащим качеством, в соответствии с обязательными требованиями к качеству медицинских услуг.

2.1.5. Выдать Пациенту/Законному представителю по окончании лечения соответствующие документы, содержащие информацию о диагнозе, проведенном лечении, а также рекомендации по дальнейшему лечению и режиму.

**2.2. Пациент/Законный представитель обязуется:**

2.2.1. Оплатить оказанные ему медицинские услуги в срок и в порядке, указанном в настоящем договоре.

2.2.2. До начала получения услуги сообщить лечащему врачу в отношении Пациента достоверные сведения о жалобах, истории заболевания, истории жизни, сопутствующих заболеваниях, травмах, противопоказаниях к применению каких либо лекарств или процедур, о случаях аллергических реакций, а также любую другую информацию о состоянии здоровья Пациента, которая может повлиять на процесс лечения, а также в целях исключения заражения или опасности заражения других лиц; полную и достоверную информацию о состоянии здоровья Пациента, о принимаемых Пациентом медикаментах, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенных ранее обследованиях и лечении, об имеющихся аллергических или других индивидуальных реакциях и особенностях, а также иные сведения о Пациенте, которые могут сказаться на качестве оказываемых медицинских услуг.

2.2.3. Во время прохождения Пациентом курса лечения: не нарушать режим лечения; не употреблять алкоголь, наркотические, токсические вещества; не прерывать курс лечения без консультации с врачом; не применять не назначенных лекарственных препаратов; соблюдать рекомендованный режим лечения, труда и отдыха; сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия.

2.2.4. Строго выполнять все предписания лечащего врача.

2.2.5. Соблюдать правила внутреннего распорядка при нахождении в клинике, вести себя корректно в отношении персонала клиники и других пациентов.

2.2.6. Удостоверить личной подписью или подписью законного представителя Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

2.2.7. Явиться на прием/операцию в день и время, назначенные Исполнителем.

2.2.8. Не употреблять спиртные напитки менее чем за 48 часов до операции и в течение 2 (двух) месяцев после операции.

**2.3. Исполнитель имеет право:**

2.3.1. В одностороннем порядке отказать Пациенту/Законному представителю в оказании медицинских услуг в случае:

- когда состояние здоровья Пациента создаёт угрозу заражения персонала и других пациентов паразитарными или инфекционными заболеваниями;

- в случае заболевания Пациентом (острый период), либо обострения хронических заболеваний, если медицинское вмешательство Исполнителя может повлечь за собой негативные последствия;

- в случае нахождения Пациента в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;

- в случае Пациентом назначений врача и/или правил использования ОК-линз или Би-МКЛ.

2.3.2. В случае опоздания или неявки Пациента в назначенное время на приём, либо операцию, сделать перенос по своему усмотрению.

2.3.3. Получать от Пациента/Законного представителя любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом/Законным представителем информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

2.3.4. На предоставление Пациенту бесплатного послеоперационного обследования в количестве 3 визитов до момента выписки, но не более чем в течение 30 календарных дней после операции. Решение о необходимости проведения дополнительных бесплатных послеоперационных обследований принимается лечащим врачом с учетом клинического состояния Пациента.

**2.4. Пациент/Законный представитель имеет право:**

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги надлежащего качества в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.

2.4.2. Пациент имеет права, предусмотренные для пациентов Федеральным законом от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и права потребителя в соответствии с Законом о защите прав потребителей» № 2300-1 от 07.02.1992 года.

2.4.3. На предоставление сведений о наличии лицензии и сертификатов, о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

2.4.4. На получение медицинских документов установленного образца.

2.4.5. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны).

2.5. Стороны обязуются хранить в тайне врачебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

**3. УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

3.1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является 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 (Приложение №2) , а в случае проведения операции – согласие на операцию (Приложение №3). Решение о целесообразности применения той или иной формы медицинского вмешательства принимается лечащим врачом с учетом клинического состояния Пациента и с его информированного согласия.

3.2. Исполнитель приступает к оказанию услуг после подписания настоящего договора, согласия Пациента/Законного представителя на медицинское вмешательство и получения оплаты.

3.3. Медицинские услуги по настоящему Договору оказываются в амбулаторных условиях, в том числе в условиях дневного стационара.

3.4. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 «О защите прав потребителей».

3.5. Сроки оказания медицинских услуг согласовываются сторонами в приложениях к настоящему Договору.

**4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

4.1. Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с прайсом, утверждённым Исполнителем и оформляется в виде Приложения №1 к настоящему Договору.

4.2. Оплата услуг Пациентом/Законным представителем осуществляется в порядке 100% предоплаты путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, а также с использованием платежных карт.

4.3. Датой оплаты стоимости услуг считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

4.4. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Пациента/Законного представителя с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение. Данные изменения вносятся в соответствующие приложения к настоящему Договору.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ФОРС-МАЖОРНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА**

5.1. В случае ненадлежащего исполнения настоящего Договора одной из сторон, ответственность для любой из сторон наступает в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель не несет ответственности в случаях возникновения осложнений при лечении ранее подвергавшихся лечению в другом лечебном заведении/медицинской организации.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за вред, причиненный вследствие недостатков медицинской услуги в случае, если докажет, что вред возник вследствие непреодолимой силы или нарушения Пациентом правил пользования результатом услуги или его хранения (нарушений рекомендаций врача во время и после лечения и т.п.).

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинской услуги, если докажет, что неисполнение/ненадлежащее исполнение произошли вследствие непреодолимой силы, вине Пациента/Законного представителя, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

**6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров. При этом добровольное исполнение требований Пациента/Законного представителя Исполнителем не может расцениваться как согласие или признание медицинской организацией/клиникой своей вины, а также как право требовать более того, стороны согласовали после проверки качества медицинской услуги.

6.2. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**7. СРОКИ ПО ДОГОВОРУ**

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует один год. В случае если за 2 недели до окончания срока действия договора ни одна из сторон не заявит о его прекращении, данный договор считается пролонгированным на следующий календарный год. Количество пролонгаций не ограничено.

7.2. Договор может быть досрочно расторгнут:

- по соглашению сторон;

- по инициативе любой из сторон путем письменного уведомления другой стороны;

- по иным законным основаниям.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

**8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

8.1. Все дополнительные соглашения Сторон, приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

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

8.3. ООО «ЦМГ КОНСИЛИУМ» оказывает медицинские услуги на основании Лицензии на осуществление медицинской деятельности N ЛО-50-01-0112284, выданной Министерством здравоохранения Московской области 29.09.2020 г. (143407 Московская обл., г. Красногорск, б-р Строителей, д.1, 8(498)602-03-01), предоставленной бессрочно. Номенклатура работ и услуг:
8.3.1. Московская область, г. Балашиха, микрорайон Ольгино, ул. Главная, д.7, корпус 1, пом.1
При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, офтальмологии; при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз: по экспертизе временной нетрудоспособности.
8.3.2. Московская область, г.о. Павловский Посад, ул. Кирова, д. 19, пом. с 1 по 4,17,18
При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: офтальмологии.
8.3.3. Московская область, г. Королев, проезд Макаренко, д.1, пом. Х
При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: офтальмологии.

8.4. Стороны установили, что подписание настоящего Договора и всей документации формируемой и выдаваемой в рамках настоящего Договора с использованием со стороны Исполнителя проставления факсимиле (воспроизведенное механическим способом с использованием клише) имеет юридическую силу собственноручной подписи (приравнивается к собственноручному подписанию).

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель: ООО "ЦМГ КОНСИЛИУМ"** | **Пациент/Законный представитель:** |
| Адрес юридического лица: 143989, Московская обл, Балашиха, Балашиха г, Ольгино мкр., Главная ул, дом 7, корпус 1, офис 1Почтовый адрес: г. ЖелезнодорожныйОГРН 1175053005522ИНН 5012094098 / КПП 501201001р/с 40702810505030000021Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО) г. Москвак/с 30101810145250000411БИК 044525411Тел/факс +7 (498) 66-44-900 Е-mail: **cmg-consilium@yandex.ru** Сайт: **https://consilium-zheldor.ru/** | ФИО **Тест Тест Тест**Адрес: **Московская обл, Королёв г, курица, дом 1, квартира 1**Телефон: +79999999999Е-mail: |
| Генеральный директор Чаркин Г. П. | **Тест Т.Т.** / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

***ООО "ЦМГ КОНСИЛИУМ", в лице генерального директора Чаркина Георгия Павловича, уведомляет, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего 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/Пациента.***

***С уведомлением ознакомлен(-а) и согласен(-а)***

***Тест Т.Т. / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**Договор N БА000100169**

**возмездного оказания медицинских услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Железнодорожный | 13.05.2022 |

**Гражданин(-нка)** **Тест Тест Тест**,

ФИО пациента/законного представителя

действующий/-ая от имени и в интересах ,

ФИО дата рождения ребенка/самого (ой) себя

именуемый/-ая в дальнейшем «**Пациент**»/«**Законный представитель**» с одной стороны, и

**ООО "ЦМГ КОНСИЛИУМ"**, адрес юридического лица: 143989, Московская обл, Балашиха, Балашиха г, Ольгино мкр., Главная ул, дом 7, корпус 1, офис 1, зарегистрировано 31.03.2017 года Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №23 по Московской области за ОГРН 1175053005522, Лист записи единого государственного реестра юридических лиц от 31.03.2017 года, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице генерального директора Чаркина Георгия Павловича**,** действующего на основании Устава, с другой стороны, совместно именуемые «**Стороны**», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ДОГОВОРЕ**

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

***Платные медицинские услуги*** - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования; ***Потребитель/Пациент*** - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"; ***Исполнитель*** - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Потребителям/Пациентам; ***Законный представитель*** (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) – лицо, сопровождающее Пациента, утверждающее, что имеет все необходимые полномочия действовать, и действующее от лица несовершеннолетнего Пациента, с которым заключается договор на оказание медицинских услуг. ***Медицинская организация/Клиника*** - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности. ***Прайс-*** перечень и стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых медицинской организацией, утвержденные руководством Клиники и размещенные/опубликованные на сайте медицинской организации **https://consilium-zheldor.ru/**.

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги (далее - медицинские услуги/услуги), а Пациент/Законный представитель обязуется уплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Объем и стоимость конкретных услуг оформляется в виде Приложений к настоящему Договору, стоимость услуг определяется в соответствии с прайсом.

1.3. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

1.4. Пациент/Законный представитель обязуется оплатить оказываемые медицинские услуги в размере и порядке, установленном настоящим договором. При этом Пациент/Законный представитель получил информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и даёт свое согласие получение платных медицинских услуг.

***Я проинформирован(-а) о возможности получить необходимые мне услуги в других лечебных учреждениях и у других специалистов, и подтверждаю свое согласие на получение платных медицинских услуг в ООО "ЦМГ КОНСИЛИУМ". Мною добровольно выбраны вид(-ы) платных медицинских услуг, которые я хочу получить в ООО "ЦМГ КОНСИЛИУМ". Я ознакомлен (-а) с действующим прайсом цен на медицинские услуги и согласен(-на) оплатить услуги в соответствии с ним.***

**С уведомлением ознакомлен(-а) и согласен(-а)**

***Тест Т.Т. / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Предоставить Пациенту/Законному представителю бесплатную и достоверную информацию в доступной форме о режиме работы, местонахождении Исполнителя, правилах внутреннего распорядка во время пребывания на амбулаторном лечении (дневном стационаре), об условиях предоставления платных медицинских услуг, их перечне, стоимости и порядке оплаты, а также сведения о квалификации и сертификации/аккредитации специалистов, информацию о предполагаемом результате лечения и возможных осложнениях.

2.1.2. Оказывать Пациенту услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора, а при необходимости и дополнительные услуги в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, стандартами и нормативными правовыми актами, действующими в системе здравоохранения, использовать в процессе лечения только разрешенные, запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой.

2.1.3. В случае оказания услуг по подбору Пациенту ортокератологических контактных линз (далее ОК-линзы) или бифокальных мягких контактных линз (далее Би-МКЛ), осуществлять плановое динамическое наблюдение Пациента в течение курса динамической рефракционной терапии (три приема в год). Предоставить Пациенту инструкцию по использованию ОК-линз или Би-МКЛ, сведения об основных потребительских свойствах продаваемых товаров и оказываемых медицинских услугах, в том числе о возможных неблагоприятных последствиях и осложнениях, которые могут возникнуть при использовании контактных линз.

 2.1.4. Создать все необходимые условия для надлежащего оказания услуги. Услуги должны оказываться с надлежащим качеством, в соответствии с обязательными требованиями к качеству медицинских услуг.

2.1.5. Выдать Пациенту/Законному представителю по окончании лечения соответствующие документы, содержащие информацию о диагнозе, проведенном лечении, а также рекомендации по дальнейшему лечению и режиму.

**2.2. Пациент/Законный представитель обязуется:**

2.2.1. Оплатить оказанные ему медицинские услуги в срок и в порядке, указанном в настоящем договоре.

2.2.2. До начала получения услуги сообщить лечащему врачу в отношении Пациента достоверные сведения о жалобах, истории заболевания, истории жизни, сопутствующих заболеваниях, травмах, противопоказаниях к применению каких либо лекарств или процедур, о случаях аллергических реакций, а также любую другую информацию о состоянии здоровья Пациента, которая может повлиять на процесс лечения, а также в целях исключения заражения или опасности заражения других лиц; полную и достоверную информацию о состоянии здоровья Пациента, о принимаемых Пациентом медикаментах, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенных ранее обследованиях и лечении, об имеющихся аллергических или других индивидуальных реакциях и особенностях, а также иные сведения о Пациенте, которые могут сказаться на качестве оказываемых медицинских услуг.

2.2.3. Во время прохождения Пациентом курса лечения: не нарушать режим лечения; не употреблять алкоголь, наркотические, токсические вещества; не прерывать курс лечения без консультации с врачом; не применять не назначенных лекарственных препаратов; соблюдать рекомендованный режим лечения, труда и отдыха; сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия.

2.2.4. Строго выполнять все предписания лечащего врача.

2.2.5. Соблюдать правила внутреннего распорядка при нахождении в клинике, вести себя корректно в отношении персонала клиники и других пациентов.

2.2.6. Удостоверить личной подписью или подписью законного представителя Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

2.2.7. Явиться на прием/операцию в день и время, назначенные Исполнителем.

2.2.8. Не употреблять спиртные напитки менее чем за 48 часов до операции и в течение 2 (двух) месяцев после операции.

**2.3. Исполнитель имеет право:**

2.3.1. В одностороннем порядке отказать Пациенту/Законному представителю в оказании медицинских услуг в случае:

- когда состояние здоровья Пациента создаёт угрозу заражения персонала и других пациентов паразитарными или инфекционными заболеваниями;

- в случае заболевания Пациентом (острый период), либо обострения хронических заболеваний, если медицинское вмешательство Исполнителя может повлечь за собой негативные последствия;

- в случае нахождения Пациента в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;

- в случае Пациентом назначений врача и/или правил использования ОК-линз или Би-МКЛ.

2.3.2. В случае опоздания или неявки Пациента в назначенное время на приём, либо операцию, сделать перенос по своему усмотрению.

2.3.3. Получать от Пациента/Законного представителя любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом/Законным представителем информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

2.3.4. На предоставление Пациенту бесплатного послеоперационного обследования в количестве 3 визитов до момента выписки, но не более чем в течение 30 календарных дней после операции. Решение о необходимости проведения дополнительных бесплатных послеоперационных обследований принимается лечащим врачом с учетом клинического состояния Пациента.

**2.4. Пациент/Законный представитель имеет право:**

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги надлежащего качества в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.

2.4.2. Пациент имеет права, предусмотренные для пациентов Федеральным законом от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и права потребителя в соответствии с Законом о защите прав потребителей» № 2300-1 от 07.02.1992 года.

2.4.3. На предоставление сведений о наличии лицензии и сертификатов, о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

2.4.4. На получение медицинских документов установленного образца.

2.4.5. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны).

2.5. Стороны обязуются хранить в тайне врачебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

**3. УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

3.1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является 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 (Приложение №2) , а в случае проведения операции – согласие на операцию (Приложение №3). Решение о целесообразности применения той или иной формы медицинского вмешательства принимается лечащим врачом с учетом клинического состояния Пациента и с его информированного согласия.

3.2. Исполнитель приступает к оказанию услуг после подписания настоящего договора, согласия Пациента/Законного представителя на медицинское вмешательство и получения оплаты.

3.3. Медицинские услуги по настоящему Договору оказываются в амбулаторных условиях, в том числе в условиях дневного стационара.

3.4. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 «О защите прав потребителей».

3.5. Сроки оказания медицинских услуг согласовываются сторонами в приложениях к настоящему Договору.

**4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

4.1. Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с прайсом, утверждённым Исполнителем и оформляется в виде Приложения №1 к настоящему Договору.

4.2. Оплата услуг Пациентом/Законным представителем осуществляется в порядке 100% предоплаты путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, а также с использованием платежных карт.

4.3. Датой оплаты стоимости услуг считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

4.4. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Пациента/Законного представителя с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение. Данные изменения вносятся в соответствующие приложения к настоящему Договору.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ФОРС-МАЖОРНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА**

5.1. В случае ненадлежащего исполнения настоящего Договора одной из сторон, ответственность для любой из сторон наступает в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель не несет ответственности в случаях возникновения осложнений при лечении ранее подвергавшихся лечению в другом лечебном заведении/медицинской организации.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за вред, причиненный вследствие недостатков медицинской услуги в случае, если докажет, что вред возник вследствие непреодолимой силы или нарушения Пациентом правил пользования результатом услуги или его хранения (нарушений рекомендаций врача во время и после лечения и т.п.).

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинской услуги, если докажет, что неисполнение/ненадлежащее исполнение произошли вследствие непреодолимой силы, вине Пациента/Законного представителя, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

**6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров. При этом добровольное исполнение требований Пациента/Законного представителя Исполнителем не может расцениваться как согласие или признание медицинской организацией/клиникой своей вины, а также как право требовать более того, стороны согласовали после проверки качества медицинской услуги.

6.2. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**7. СРОКИ ПО ДОГОВОРУ**

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует один год. В случае если за 2 недели до окончания срока действия договора ни одна из сторон не заявит о его прекращении, данный договор считается пролонгированным на следующий календарный год. Количество пролонгаций не ограничено.

7.2. Договор может быть досрочно расторгнут:

- по соглашению сторон;

- по инициативе любой из сторон путем письменного уведомления другой стороны;

- по иным законным основаниям.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

**8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

8.1. Все дополнительные соглашения Сторон, приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

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

8.3. ООО «ЦМГ КОНСИЛИУМ» оказывает медицинские услуги на основании Лицензии на осуществление медицинской деятельности N ЛО-50-01-0112284, выданной Министерством здравоохранения Московской области 29.09.2020 г. (143407 Московская обл., г. Красногорск, б-р Строителей, д.1, 8(498)602-03-01), предоставленной бессрочно. Номенклатура работ и услуг:
8.3.1. Московская область, г. Балашиха, микрорайон Ольгино, ул. Главная, д.7, корпус 1, пом.1
При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, офтальмологии; при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз: по экспертизе временной нетрудоспособности.
8.3.2. Московская область, г.о. Павловский Посад, ул. Кирова, д. 19, пом. с 1 по 4,17,18
При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: офтальмологии.
8.3.3. Московская область, г. Королев, проезд Макаренко, д.1, пом. Х
При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: офтальмологии.

8.4. Стороны установили, что подписание настоящего Договора и всей документации формируемой и выдаваемой в рамках настоящего Договора с использованием со стороны Исполнителя проставления факсимиле (воспроизведенное механическим способом с использованием клише) имеет юридическую силу собственноручной подписи (приравнивается к собственноручному подписанию).

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель: ООО "ЦМГ КОНСИЛИУМ"** | **Пациент/Законный представитель:** |
| Адрес юридического лица: 143989, Московская обл, Балашиха, Балашиха г, Ольгино мкр., Главная ул, дом 7, корпус 1, офис 1Почтовый адрес: г. ЖелезнодорожныйОГРН 1175053005522ИНН 5012094098 / КПП 501201001р/с 40702810505030000021Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО) г. Москвак/с 30101810145250000411БИК 044525411Тел/факс +7 (498) 66-44-900 Е-mail: **cmg-consilium@yandex.ru** Сайт: **https://consilium-zheldor.ru/** | ФИО **Тест Тест Тест**Адрес: **Московская обл, Королёв г, курица, дом 1, квартира 1**Телефон: +79999999999Е-mail: |
| Генеральный директор Чаркин Г. П. | **Тест Т.Т.** / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Согласие на обработку персональных данных**

13.05.2022

**Я,** **Тест Тест Тест именуемый в дальнейшем «Субъект персональных данных» разрешаю** **ООО "ЦМГ КОНСИЛИУМ", адрес юридического лица:** **143989, Московская обл, Балашиха, Балашиха г, Ольгино мкр., Главная ул, дом 7, корпус 1, офис 1, далее «Оператор», обработку персональных данных, приведенных в пункте 2 настоящего согласия на следующих условиях:**

1**.** В соответствии со статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ»Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю согласие на обработку Оператором моих персональных данных и/или персональных данных лица законным представителем которого я являюсь (далее -персональные данные), с целью установки медицинского диагноза и оказания медицинских услуг **ООО "ЦМГ КОНСИЛИУМ"**, а так же в лечебно-профилактических целях.

2. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество; паспортные данные; пол; дата рождения; сведения о месте работы; сведения об адресе места жительства; контактная информация (номер телефона, адрес электронной почты); реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), биометрические данные, а так же данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью.

3. Оператор вправе осуществлять следующие действия с указанными выше персональными данными путем автоматизированной обработки и обработки без использования средств автоматизации: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение/передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.

4. Я имею право на доступ к своим персональным данным в порядке, определенном статьей 14 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

5. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать полученные персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения, в том числе в порядке взаимодействия с иными медицинскими организациями, привлекаемыми Оператором для оказания медицинской помощи.

6. Я также даю Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки SMS-сообщений или письма на эл. почту: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование.

7.Оператор вправе обрабатывать 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 ОМС и ДМС. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС и ДМС на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

8.Срок действия данного согласия устанавливается на период 25 лет.

9. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

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

**11. Я оставляю за собой право отозвать свое 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**

Субъект персональных данных:

Фамилия, имя, отчество **Тест Тест Тест**

Адрес: **Московская обл, Королёв г, курица, дом 1, квартира 1**

Паспортные данные: 11 11 222222 выдан УВД г. Неизвестный 11.11.2011

Контактный телефон/ эл. почта (при наличии):

 Тест Т.Т.\_

 (подпись) (ФИО)

**Анкета пациента**

**Ф.И.О. пациента** **Тест Тест Тест**

|  |
| --- |
| **Есть ли у Вас аллергические реакции на мед. препараты? □ ДА □ НЕТ****Если «да», перечислить на какие:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Имеются ли у Вас сопутствующие заболевания:*** **перенесенный инфаркт миокарда □ ДА □ НЕТ**
* **перенесенный инсульт головного мозга □ ДА □ НЕТ**
* **гипертоническая болезнь □ ДА □ НЕТ**
* **сахарный диабет □ ДА □ НЕТ**
* **ревматоидные заболевания (васкулиты,** **диффузные болезни соединительной ткани, болезни суставов)**  **□ ДА □ НЕТ**
* **бронхиальная астма □ ДА □ НЕТ**

 **наблюдение у психотерапевта/психиатра □ ДА □ НЕТ*** **иные заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
 |
| **Есть у Вас инфекционные заболевания (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПО ЖЕЛАНИЮ):*** **Туберкулез □ ДА □ НЕТ**
* **ВИЧ □ ДА □ НЕТ**
* **Гепатит В □ ДА □ НЕТ**
* **Гепатит С □ ДА □ НЕТ**
* **Сифилис**  **□ ДА □ НЕТ**

**иные заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Дата 13.05.2022 Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Приложение № 2** к Договору возмездного оказания медицинских услуг № БА000100169 от 13.05.2022

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

# Я, Тест Тест Тест 11.11.2011 года рождения

#  *ФИО ГРАЖДАНИНА, ЛИБО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ*

# Московская обл, Королёв г, курица, дом 1, квартира 1

#  *АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ ГРАЖДАНИНА ЛИБО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ*

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*УКАЗЫВАЕТСЯ В СЛУЧАЕ ПРОЖИВАНИЯ НЕ ПО МЕСТУ РЕГИСТРАЦИИ*

в отношении  года рождения,

*ФИО ПАЦИЕНТА ПРИ ПОДПИСАНИИ СОГЛАСИЯ ЗАКОННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ*

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*В СЛУЧАЕ ПРОЖИВАНИЯ НЕ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ*

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 (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),
в **ООО "ЦМГ КОНСИЛИУМ"**,

медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*ДОЛЖНОСТЬ, ФИО МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА*

# в 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 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 смерти):

(*ФИО ГРАЖДАНИНА, КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН)*

*(ФИО ГРАЖДАНИНА, КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН)*

***Тест Т.Т.***

*(ПОДПИСЬ)* *(ФИО ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ, ТЕЛЕФОН)*

*(ПОДПИСЬ)* (*ФИО МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА)*

**СОГЛАСИЕ**

**на фото и видеосъемку, размещение фотографий и/или другой личной информации.**

Я, Тест Тест Тест,

(*ФИО )*

паспорт серия 11 11 № 222222 выдан УВД г. Неизвестный 11.11.2011, даю свое согласие на фото и видеосъемку меня и/или лица, законным представителем которого я являюсь, в ООО "ЦМГ КОНСИЛИУМ", использование полученных в результате фотосъемки и видеозаписи фотографических изображений и видео на любых носителях, для любых целей, не противоречащих законодательству Российской Федерации, а также на публикацию на безвозмездной основе фотографий и видео на официальном сайте ООО "ЦМГ КОНСИЛИУМ" https://consilium-zheldor.ru/, а также в мобильных приложениях, социальных сетях, на телеканалах и в других СМИ, печатных изданиях, в качестве иллюстраций в буклетах журналах, баннерах, календарях, видеороликах, рекламных материалах, включая (без ограничений) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение) фото и видео материалов.

 Я даю согласие на компиляцию Изображений и Видеозаписей с другими изображениями, видеозаписями, текстом и графикой, пленкой, аудио, аудиовизуальными произведениями, а также на монтаж, изменение, переработку и обнародование изображений и видеозаписей.

Я информирован(а), что ООО "ЦМГ КОНСИЛИУМ" гарантирует обработку фото и видеоматериалов в соответствии с интересами ООО "ЦМГ КОНСИЛИУМ".

 Данное согласие вступает в силу со дня его подписания, действует до достижения целей обработки фото и видеоматериалов или в течение срока хранения информации и может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению в порядке, определенном законодательством Российской Федерации. Я уведомлен (-а) о своем праве отозвать настоящее согласие в любое время.

 Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле.

|  |  |
| --- | --- |
| 13.05.2022 | ***Тест Т.Т. / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |