

**Публичный Договор-оферта на оказание платных медицинских услуг
МУ «Поликлиника ФНПР»**

г. Москва

редакция от 20.10.2025 года
Утверждена Приказом № 63-П от 13.10.2025 г.

Медицинское учреждение «Поликлиника Федерации Независимых Профсоюзов России» (далее – МУ «Поликлиника ФНПР», «Исполнитель», «Поликлиника»), в лице Главного врача Сленчик Евгения Михайловича, действующего на основании Устава, в порядке ст.ст. 435, 437 Гражданского Кодекса РФ предлагает любому физическому лицу заключить договор на оказание платных медицинских услуг на условиях, изложенных далее (далее – Оферта, Договор-оферта).

Настоящее предложение о заключении договора является публичной офертой, обращенной к физическим лицам, которые принимают настоящую Оферту в отношении оказания амбулаторно-поликлинической медицинской помощи или оказании разовой медицинской услуги и выражают намерение заключить Договор-оферту на услуги Исполнителя по нижеследующим условиям. Физические лица, желающие принять (акцептировать) данную оферту, обязуются подписать Заявление о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг МУ «Поликлиника ФНПР» по форме, изложенной в Приложении № 1 к настоящему Договору.

Срок действия настоящей Оферты: с 20 октября 2025 года до момента ее официального отзыва или утверждения предложения (оферты) в новой редакции.

Актуальная Оферта размещена на сайте Исполнителя по электронному адресу: <https://medfnpr.ru/to-patients/publicnyy-dogovor-oferta-na-okazanie-platnykh-meditsinskikh-uslug/>

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В тексте настоящего Договора-оферты используются следующие термины:

1. Исполнитель (Поликлиника) – МУ «Поликлиника ФНПР» (ОГРН: 1027739100036, ИНН: 7725117626, юридический адрес: 119334, город Москва, Ленинский пр-кт, д. 37, эт/пом/ком 1 / XI / 46).

2. Пациент – физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги лично в соответствии с Договором-офертой.

3. Медицинские услуги - услуги по доврачебной, врачебной амбулаторно-поликлинической помощи, специализированной медицинской помощи (за исключением стоматологических услуг), оказываемые Поликлиникой ФНПР в рамках видов медицинской деятельности, указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности № **Л041-01137-77/00315352 от 01.08.2017** года. Срок действия лицензии - бессрочно

4. Правила оказания услуг – утвержденные приказами главного врача локальные документы, регламентирующие правила и условия оказания Медицинских услуг пациентам Поликлиники. Правила оказания услуг доступны для ознакомления на информационных стендах регистратуры, а также на сайте <http://medfnpr.ru>. К ним относятся: Правила внутреннего распорядка для пациентов и посетителей МУ «Поликлиника ФНПР», Регламент и порядок предоставления медицинских услуг в МУ «Поликлиника ФНПР», Правила предоставления платных медицинских услуг МУ «Поликлиника ФНПР» и др., утвержденные приказами главного врача.

5. Прейскурант платных медицинских услуг (Прейскурант на медицинские услуги МУ «Поликлиника ФНПР» для физических лиц) или Прейскурант – утвержденный главным врачом перечень оказываемых Медицинских услуг и цен на них, действующий на момент осуществления оплаты. Прейскурант доступен для ознакомления на информационных стендах, а также на официальном сайте Поликлиники: <https://medfnpr.ru/>. Стоимость конкретных процедур и манипуляций также может быть уточнена в регистратуре и/или по контактному телефону (495) 958-21-10.

6. Медицинская карта – Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (ф. 25/у), составленная по утвержденной приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации форме, содержащая сведения о пациенте, объеме оказываемых ему в рамках приема услуг, ФИО врача, дате оказания услуг. Является основным учетным медицинским документом медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях взрослому населению, хранится в регистратуре (Приказ Минздрава России от 13.05.2025 № 274н «Об утверждении унифицированных форм

медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков их ведения»).

7. Согласие на оказание дополнительных медицинских услуг – отметка в листе записи приема с подписью пациента. Используется (применяется) при инвазивных вмешательствах, при отсутствии возможности предварительной оплаты Пациентом оказываемых дополнительных услуг.

8. Маршрутный лист – документ по утвержденной в Поликлинике форме, содержащий фамилию, имя, отчество Пациента, конкретный перечень оказываемых ему Медицинских услуг с указанием кода услуги по преискуранту, ФИО врача, даты и времени приема, номера кабинета.

9. Акцепт - Заявление о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг МУ «Поликлиника ФНПР». Акцепт осуществляется после ознакомления с настоящим Договором-офертой, Правилами оказания услуг, преискурантом и режимом работы.

10. Заказчик – физическое (или юридическое) лицо, принявшее Оферту в части исполнения обязанности по оплате оказываемых Пациенту услуг.

1. ПРЕДМЕТ ОФЕРТЫ.

1.1. МУ «Поликлиника ФНПР» оказывает Пациенту в рамках настоящего Договора-Оферты по его заказу медицинские услуги: доврачебную помощь, амбулаторно-поликлиническую помощь, специализированную медицинскую помощь (за исключением стоматологических услуг), прочие услуги (*далее – Медицинские услуги*), в соответствии с п. 1.3. настоящего Договора-оферты и Преискурантом платных медицинских услуг (*далее – Преискурант*), а Пациент/Заказчик обязуется оплатить данные услуги. Медицинские Услуги оказываются в соответствии с **Правилами оказания услуг** (*далее - Правила*), утвержденными приказами главного врача в установленном порядке и размещенными на сайте Поликлиники <https://medfnpr.ru/>. Подписывая настоящий Договор-оферту, Пациент подтверждает, что он ознакомился с указанными локальными актами, и обязуется их соблюдать, подтверждает свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в МУ «Поликлиника ФНПР».

1.2. Изменения в указанные Правила размещаются на сайте Поликлиники и информационных стендах. Пациент, подписав Акцепт, обязуется знакомиться с изменениями к ним, а также с изменениями в Преискуранте платных медицинских услуг, настоящим Договором-офертой.

1.3. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам предоставления, определяются по соглашению сторон настоящего Договора - оферты.

Платные Медицинские Услуги оказываются по **заказу Пациента** в соответствии с утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (*далее - стандарт медицинской помощи*), либо с согласия (волеизъявления) Пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Пациент подтверждает, что согласовал осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, либо их объем, превышающий объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Волеизъявление (согласие) Пациента отражается в дополнительном соглашении, содержащем конкретный перечень заказанных Пациентом Медицинских услуг, их стоимость согласно Преискуранту, скидку (при наличии).

1.4. Сроки оказания Медицинских услуг регулируются расписанием приема медицинских работников. Конкретное время приема определяется соглашением сторон посредством записи Пациента на прием с учетом его желания и имеющегося свободного интервала времени приема в сетке расписания врача/специалиста. Сроки ожидания предоставления медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 настоящего Договора: не превышают 14 календарных дней со дня обращения Пациента за данной медицинской услугой.

1.5. Пациент обязан собственноручно подписать в регистратуре Заявление о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг МУ «Поликлиника ФНПР» (*далее - «Акцепт»*), а также дополнительное соглашение к Договору –оферте (п. 1.3 настоящего Договора), согласие на обработку персональных данных. Оказание Медицинских услуг сопровождается оформлением медицинской карты при первичном обращении Пациента и ее последующим ведением при дальнейшем наблюдении. На приеме врача Пациент подписывает анкету здоровья, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. **Отказ Пациента от подписания листа информированного добровольного согласия означает расторжение настоящего Договора Пациентом в одностороннем порядке.**

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обеспечивает Пациента в установленном порядке путем размещения на информационных стендах (стойках) и в сети «Интернет» информацией, предусмотренной п.п. 12-13, 15-16 Правил предоставления платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736, в частности, сведения о перечне платных медицинских услуг и их стоимости, порядке оплаты, месте, порядке и условиях оказания услуг, сведения о медицинских работниках (уровне их профессионального образования и квалификации), графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

По требованию Пациента или его законного представителя Исполнитель обязан предоставлять Пациенту в доступной форме информацию 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, предоставлять в установленном порядке копии медицинских документов, а также документы, необходимые для получения социальных налоговых вычетов.

2.2. Исполнитель в рамках настоящего Договора-оферты намеревается оказать Пациенту платные медицинские услуги в соответствии с его заказом (п. 1.3 настоящего Договора-оферты). Поликлиника обязуется оказывать Медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения в соответствии с настоящим Договором-офертой после оплаты услуг.

2.3. В случае если при предоставлении Медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента и (или) Заказчика. Стороны оформляют дополнительное соглашение с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости (если иное не предусмотрено Договором-оферты и соглашениями к нему).

2.4. В рамках исполнения настоящего Договора-оферты при наступлении соответствующих обстоятельств Исполнитель обязуется немедленно известить Пациента о невозможности оказания ему Медицинских услуг либо сокращении объема оказываемых Медицинских услуг. Такими обстоятельствами могут быть: медицинские противопоказания; заболевание, лечение которого возможно лишь в специализированных медицинских учреждениях; если медицинское вмешательство, по мнению врача, сопряжено с неоправданным риском причинения вреда здоровью Пациента или угрожает жизни Пациента; отсутствие у Исполнителя необходимых специалистов, оборудования, инструментария, непереносимость лекарственных средств; неподготовленность Пациента к проведению процедуры и т.д. В случае невозможности оказания услуги Исполнитель организует возврат ему оплаченной стоимости неоказанных Медицинских услуг в установленном порядке.

2.5. Все медицинские услуги оказываются с использованием методов профилактики, диагностики и лечения, с применением медицинских технологий, разрешенных к применению действующим законодательством Российской Федерации, с использованием сертифицированного оборудования и расходных материалов. Для оказания медицинских услуг в рамках настоящего Договора-оферты Исполнитель привлекает только специалистов с действующей аккредитацией, дающей допуск к оказанию медицинской помощи по соответствующей специальности.

2.6. Оказание Медицинских услуг в рамках настоящего Договора-оферты сопровождается ведением Поликлиникой всей необходимой медицинской документации, включая получение от Пациента информированного добровольного согласия в установленном законом порядке. Поликлиника ведет учет видов, объемов, стоимости оказанных Пациенту Медицинских услуг, а также денежных средств, поступивших от Пациента. После оказания платных медицинских услуг Исполнитель бесплатно выдает Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписку из медицинских документов), отражающие состояние здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Порядок и условия выдачи указанных документов устанавливается в локальном нормативном акте Исполнителя в соответствии с действующим законодательством.

2.7. Пациент, заказав и/или оплатив оказание ему услуг по диагностике, тем самым согласует право Поликлиники на привлечение третьих лиц, обладающих навыками, оборудованием и лицензиями на осуществление соответствующих видов деятельности, при обязательном соблюдении режима полной конфиденциальности при передаче привлеченным Поликлиникой третьим лицам биологического материала Пациента, результатов исследования, а также персональных данных Пациента, обеспечивающим невозможность идентификации третьими лицами частично или полностью персональных данных Пациента, биологического материала, поставленных диагнозов и сопоставления их с конкретным физическим лицом (путем маркировки проб и данных уникальными идентификаторами, данными о соответствии которых

физическим лицам располагает только Поликлиника).

2.8. Пациент соглашается с тем, что в ходе его обследования и лечения может возникнуть необходимость в применении дополнительных методов обследования (диагностики) и лечения. Все дополнительные услуги оформляются новым договором или дополнительным соглашением к действующему договору. Исполнитель имеет право до оформления дополнительного соглашения к договору (либо нового договора) с указанием перечня оказываемых медицинских услуг оказывать дополнительные медицинские услуги Пациент при даче Пациентом информированного добровольного согласия после получения соответствующей информации от лечащего врача в случае, если неоказание таких услуг сопряжено с дополнительным инвазивным вмешательством в дальнейшем, или требуется их непосредственное выполнение в процессе начатого лечения и однозначно определить данную потребность до начала лечения в силу специфики медицинской услуги определить невозможно, а также если неоказание таких услуг может составлять угрозу жизни и здоровью Пациента или необходимость их оказания вызвана жизненными показаниями Пациента. Стоимость данных Медицинских услуг оплачивается Пациентом после фактического оказания услуг на основании действующего Прейскуранта.

В случае, если Пациент в силу своего состояния не способен дать соответствующее информированное добровольное согласие, вопрос об оказании дополнительных услуг решается в порядке, установленном п. 2.12 настоящей Оферты.

2.9. Врач-специалист Поликлиники, принимающий участие в оказании Медицинских услуг, вправе для уточнения диагноза и выбора оптимального лечения направить Пациента к другому специалисту. При отсутствии соответствующих технических возможностей у Поликлиники он имеет право направить Пациента в другие специализированные медицинские учреждения. Ответственность за выполнение или невыполнение этих рекомендаций врача несет Пациент. В случае если Пациент отказывается посетить других специалистов (выполнить дополнительные для постановки диагноза диагностические процедуры), лечащий врач вправе отказаться от продолжения лечения Пациента по причине отсутствия полной и достоверной информации для принятия решения о диагнозе и выборе плана лечения.

2.10. Пациент подтверждает, что уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях. Пациент подтверждает, что до заключения договора уведомлен о том, 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.

2.11. Пациент соглашается с тем, что проводимое лечение не может полностью гарантировать достижение эффекта, так как при оказании медицинских услуг и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения, а также с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма.

2.12. Пациент имеет право в любой момент в письменной форме отказаться от Медицинских услуг/медицинского вмешательства, при этом оплатив Исполнителю фактически оказанные Пациенту Медицинские услуги, а при отказе от оказания услуг - фактически понесенные в этой связи расходы. Отказ Пациента от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Пациентом или его законным представителем, а также лечащим (дежурным) врачом. В случаях, когда состояние Пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Пациента решает консилиум, а в особых случаях лечащий (дежурный) врач.

2.13. Пациент обязуется выполнять Правила внутреннего распорядка для пациентов и посетителей, график посещений специалистов, режим Поликлиники, требования и предписания медицинского персонала Поликлиники как необходимые условия предоставления ему качественных и своевременных медицинских услуг, а в случае невозможности планового посещения лечащего врача – извещать не позднее, чем за один рабочий день до даты приема по тел. 8 (495) 958-21-10.

2.14. Пациент подтверждает, что информирован в доступной форме о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в других лечебных учреждениях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

С Программой и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве Пациент может ознакомиться официальном сайте Департамента здравоохранения города Москвы: <https://mosgorzdrav.ru>, а также на официальном сайте

Московского городского фонда обязательного медицинского страхования: <https://www.mgfoms.ru>; для жителей Московской области – на официальном сайте Министерства здравоохранения Московской области: <https://mz.mosreg.ru>, а также на официальном сайте Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области: <http://www.mofoms.ru>.

2.15. При оказании медицинских услуг Пациент обязуется предоставить лечащему врачу и другим специалистам подробную информацию о состоянии своего здоровья и здоровья ближайших родственников, отягощенной наследственности, перенесенных и имеющихся заболеваниях, наличии вредных привычек, вредных и опасных условиях труда, аллергических реакциях, иных известных ему особенностях организма, способных оказать влияние на ход лечения и его эффективность, о наличии заболеваний, представляющих опасность для окружающих, если Пациенту заранее известно о наличии данного заболевания.

2.16. Медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором-офертой оказываются по следующим адресам:

- 119334, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Донской, Ленинский проспект, д. 37
- 119334, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Донской, Ленинский проспект, д. 37А

Подробная информация о медицинских услугах, оказываемых по данным адресам в соответствии с лицензией, приведена в приложении № 2 к настоящему Договору-оферте.

2.17. Сроки ожидания оказания медицинской помощи в плановой форме для:

- приема врачами-терапевтами не должны превышать 24 часов с момента обращения Пациента в медицинскую организацию;
- проведения консультаций врачей-специалистов не должны превышать 14 рабочих дней с момента обращения в медицинскую организацию;
- проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 14 рабочих дней и обращения пациента за консультацией после назначения исследований.

3. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Стоимость платных Медицинских услуг, оказываемых Пациенту в соответствии с настоящим Договором-офертой, определяется согласно заказу Пациента (п. 1.3 настоящего Договора-оферты) в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг. Перечень оказываемых услуг и их стоимость указываются в Дополнительном соглашении к Договору-оферте.

3.2. Расчеты между сторонами осуществляются в российских рублях через кассы Поликлиники наличными деньгами либо в безналичном порядке, в т.ч. с использованием пластиковых карт банковских организаций (при наличии технической возможности). Исполнитель представляет Пациенту документ (контрольно-кассовый чек), подтверждающий прием наличных денежных средств.

3.3. Оплата Медицинских услуг осуществляется Пациентом или Заказчиком (Плательщиком по Договору) в следующие сроки:

3.3.1. Пациент/Заказчик оплачивает Услугу до её оказания в полном объеме на основании сформированного согласно заказу Пациента Маршрутного листа (п. 1.3. настоящего Договора-оферты). Исполнитель имеет право не приступать к оказанию Медицинских услуг в случае отсутствия платежа со стороны Пациента/Заказчика.

3.3.2. В случае, если необходимость оказания Медицинских услуг возникла в процессе оказания медицинских услуг, при выявлении факторов, требующих дополнительного лечебно-диагностического обследования ввиду малой предсказуемости определения всего объема услуг (работ), и Пациент выразил свое согласие на оказание ему дополнительных Медицинских услуг (п.п. 7 раздела «Термины и определения», 2.3, 2.8 настоящего Договора-оферты) - оплата производится непосредственно после оказания соответствующих Медицинских услуг, т.е. в день их оказания.

3.3.3. Пациент, ранее оплативший стоимость медицинской услуги, обязан обратиться за ее получением не позднее 14 календарных дней с момента оплаты, а при необходимости предварительной записи – записаться на прием к специалистам для получения заказанной платной медицинской услуги в указанный срок. В противном случае Исполнитель не несет ответственность за увеличение сроков ожидания и оказания Медицинской услуги, или невозможность ее получения, а Пациент обязан оплатить услуги по их стоимости на день оказания при изменении за этот период стоимости услуги по Прейскуранту. При оплате комплексной медицинской услуги перерасчет производится с учетом фактической стоимости всех входящих в комплекс услуг по Прейскуранту, действующему на дату такого перерасчета.

4. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

4.1. В случае, если какая-либо Медицинская услуга не была оказана по вине одной из Сторон, либо

не зависящим от Сторон причинам, Пациент имеет право по своему выбору:

4.1.1. Согласовать с сотрудниками Поликлиники и перенести дату оказания данной услуги на другое время, если невозможность оказания услуги обусловлена объективными причинами (*неисправность оборудования, неправильная подготовка Пациента к процедуре, опоздание на прием и т.п.*), получив новый Маршрутный лист на согласованную Сторонами дату и время.

4.1.2. Написать заявление на возврат денежных средств за оплаченную, но не оказанную услугу. Возврат осуществляется в наличной форме либо на банковскую карту, в зависимости от того, каким способом была произведена оплата услуги. При возврате денежных средств Исполнитель имеет право удержать сумму фактических затрат, связанных с исполнением обязательств по договору, затрат по подготовке к исполнению услуги (закупленные специально для исполнения услуги лекарственные средства, расходные материалы и др.). Вышеуказанные лекарственные средства и/или расходные материалы после их оплаты (удержания их стоимости из возвращаемой Пациенту суммы) по желанию Пациента могут быть переданы ему (при возможности, если это не противоречит действующему законодательству, в т.ч. санитарным правилам и нормам). Возврат денежных средств в соответствии с настоящим пунктом производится в течение 10 (Десяти) банковских дней с даты передачи сотрудникам Поликлиники соответствующего заявления на возврат денежных средств.

4.2. Стороны обязуются решать все возникшие по настоящему Договору-оферте споры путем переговоров сторон. Все неурегулированные Сторонами споры в рамках выполнения настоящего Договора-оферты разрешаются в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

4.3. В случае возникновения конфликтной ситуации Пациент имеет право обратиться:

- лично к дежурному администратору Поликлиники (зав. отделом внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, врачу-методисту, при его отсутствии - зав. терапевтическим отделением (по стоматологическим вопросам – зав. стоматологическим отделением);
- лично к заместителю главного врача;
- лично к Главному врачу;
- письменно, направив на имя главного врача обращение или претензию по адресу: 119334, Москва, Ленинский проспект, д. 37; либо на адрес электронной почты: document.info@medfnpr.ru.
- письменно, оставив запись в «Книге отзывов и предложений».

4.4. В письменной претензии Пациент обязуется указать свои фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), почтовый адрес, по которому должен быть направлен ответ (уведомление о переадресации обращения), изложить суть предложения, заявления или жалобы, поставить личную подпись и дату. В случае необходимости, в подтверждение своих доводов Пациент прилагает к письменному обращению документы и материалы либо их копии.

В случае личного посещения претензия должна быть передана Пациентом (или его представителем) ответственному сотруднику (администратору регистратуры, должностным лицам Поликлиники, указанным в п. 4.3 настоящего раздела), с приложением документа, удостоверяющего факт оплаты.

При предъявлении Пациентом и (или) Заказчиком требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

Иные обращения должны быть рассмотрены Исполнителем в течение 30 дней со дня их регистрации, после чего на следующий рабочий день оригинал ответа отправляется по адресу регистрации Пациента, указанному в Заявлении, заказным письмом с уведомлением, либо на иной адрес, на который (при их указании в договоре) Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения Пациента.

4.5. Понимая субъективность оценки результатов медицинских услуг, в случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных по Договору услуг, Исполнитель при осуществлении внутреннего контроля качества оказанных Пациенту медицинских услуг вправе привлекать Пациента и сторонних специалистов для участия в расширенном заседании врачебной комиссии и комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности. Признанные Исполнителем недостатки оказанных услуг устраняются в разумный срок, согласованный Сторонами.

4.6. Споры между сторонами разрешаются как в досудебном порядке, так и в суде в соответствии с действующим гражданским процессуальным законодательством Российской Федерации, а также с применением альтернативной процедуры урегулирования споров с участием посредника (процедуры медиации).

4.7. До Пациента доведена информация о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации. Пациент может направить Исполнителю обращения и/или жалобы по почтовому адресу: 119334, г. Москва, Ленинский проспект, д. 37, а также по электронной почте: document.info@medfnpr.ru. Соблюдение претензионного порядка при рассмотрении споров обязательно. Все претензии и обращения Пациента, не направленные одним из вышеуказанных способов, рассмотрению не подлежат.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение/ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору-оферте, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору-оферте, если оно явилось следствием непреодолимой силы или других форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки, принятие компетентными органами решений и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему Договору.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора-оферты, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора и принятых на себя обязательств; добровольного информированного отказа Пациента от лечения/проведения диагностики; непредставление Пациентом полной и достоверной информации о состоянии здоровья, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

5.4. С учетом самой технологии выполнения медицинской услуги Пациент должен осознавать возможность (но не обязательность) наступления негативных побочных эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью, о чем Пациент в устной форме информируется специалистом, оказывающим медицинские услуги, до момента ее оказания. В связи с тем, что вышеперечисленные побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность, Поликлиника не несет ответственность за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований. В случае, если осложнения потребовали оказания экстренной медицинской помощи, медицинский персонал устраняет подобные вредные последствия без дополнительной оплаты.

5.5. В случае причинения ущерба имуществу Поликлиники Пациент обязан возместить причиненный ущерб в полном объеме.

5.6. Исполнитель несет ответственность за качество лечебно-диагностического процесса.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

6.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора-оферты.

6.2. С письменного согласия Пациента или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, указанным Пациентом или его законным представителем. При отсутствии в амбулаторной карте Пациента информации о доверенном лице (законном представителе) МУ предоставляет сведения, составляющие охраняемую законом тайну, только в случаях и порядке, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

6.3. Пациент, в случае его согласия на передачу информации об обращении за медицинской помощью и состоянии здоровья третьим лицам, обязан заполнить соответствующий раздел на обложке медицинской карты (ф. 025/у) либо оформить доверенность с указанием доверенного лица (законного представителя), которому могут предоставляться такие сведения, и предоставить в Поликлинику соответствующие документы.

6.4. В случае акцепта Оферты (п. 9 раздела «Термины и определения») в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», Пациент одновременно дает письменное согласие на обработку его персональных данных сотрудниками МУ «Поликлиника ФНПР» (далее: «Оператор») в медико-профилактических целях, в целях организации и оказания медицинских услуг, создания условий для их получения и осуществления контроля над объемом и качеством оказываемых услуг, в целях обеспечения прав и интересов Пациента.

6.5. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, СНИЛС, контактные телефоны (домашний, мобильный и др.), место жительства/адрес регистрации), место работы, должность, адрес электронной почты, изображение гражданина, обработка видеозаписи с гражданином и другие персональные данные и сведения, полученные МУ «Поликлиника ФНПР» при предоставлении медицинских услуг, непосредственно связанные с оказанием медицинских услуг (включая состояние здоровья, физиологические особенности человека; поставленные диагнозы, факты обращения за получением медицинских услуг, сведения об организациях, оказывающих Медицинские услуги, результатах обращения за медицинской помощью в медицинские организации, привычки и увлечения, в т.ч. вредные (алкоголь,

наркотики и др.), семейное положение, наличие детей, родственные связи).

6.6. В МУ «Поликлиника ФНПР» ведется запись телефонных разговоров, в помещениях осуществляется видеонаблюдение с использованием камер открытого видеонаблюдения, фиксирующих звук. При Акцепте настоящей Оферты Пациент одновременно дает письменное согласие на обработку таких персональных данных (изображения, голоса).

6.7. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых Пациент дает свое согласие: любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (в т.ч. распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных).

6.8. Исполнитель вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: автоматизированную обработку персональных данных и обработку персональных данных, осуществляемую без использования средств автоматизации. В случае если Оператор поручит обработку персональных данных третьему лицу, ответственность перед субъектом персональных данных за действия указанного лица несет Оператор. Передача персональных данных ограничена исключительно медицинскими целями и обусловлена исключительно технической необходимостью либо условиями заключенных в пользу Пациента договоров (ДМС, прямых договоров с работодателями).

6.9. Согласие действует в течение срока хранения амбулаторной карты и может быть отозвано Пациентом путем направления в адрес Поликлиники письменного документа (заказное письмо с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку уполномоченному представителю Поликлиники в любой момент после окончания оказания услуг.

6.10. Пациент вправе предоставить Исполнителю право на использование его персональных данных для информирования его с помощью средств связи (в т.ч. Интернет-мессенджеров, электронной почты и sms-рассылок) о работе медицинского персонала Поликлиники, режиме работы, результатах исследований, новых услугах, их стоимости, об изменениях порядка представления медицинских услуг, напоминания о записи на прием к врачу/исследование, направлении результатов диагностических исследований, иных, вытекающих из деятельности Поликлиники целей и задач, в соответствии с настоящим разделом. При этом Исполнитель не осуществляет передачу информации о физических лицах на территорию другого государства, в связи с чем коммуникация с Пациентом (его законным представителем) с использованием сети «Интернет» возможна исключительно с использованием российских Интернет-сервисов.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. В соответствии с пунктом 2 статьи 437, пунктом 3 статьи 438 Гражданского Кодекса Российской Федерации акцепт Оферты равносителен заключению Договора на оказание услуг на условиях, изложенных в Оферте; физическое лицо становится Пациентом, а Поликлиника и Пациент совместно — «Сторонами» Договора. Подписание физическим лицом Акцепта свидетельствует о выборе Пациентом медицинского учреждения и врача, согласии Пациента с настоящим Договором-офертой и его приложениями в полном объеме и без исключений. Акцепт равносителен заключению договора на оказание платных медицинских услуг.

7.2. Настоящий Договор может быть прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору-оферте, а также в случаях, предусмотренных настоящим Договором и действующим законодательством. Настоящий Договор может быть также расторгнут по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством.

7.3. Пациент имеет право, письменно уведомив Исполнителя, расторгнуть в одностороннем порядке Договор в любое время, оплатив по Прейскуранту стоимость оказанных услуг (фактически понесенных расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору). При расторжении Договора по инициативе Пациента до оказания ему Услуг возврат денежных средств за оплаченные, но не полученные по желанию Пациента Услуги, осуществляется согласно п. 4.1.2 настоящего Договора-оферты.

7.4. Заявление о присоединении к Договору-оферте составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Пациента.

В случае если сторонами Договора-оферты являются Пациент и Исполнитель - Заявление о присоединении к Договору-оферте составляется в 2 экземплярах и подписывается Пациентом.

8. РЕКВИЗИТЫ МУ «Поликлиника ФНПР»

МУ «Поликлиника ФНПР»

119334, г. Москва, Ленинский пр-т, д. 37, эт. 1, пом. XI, комн. 46

**ОГРН 1027739100036 Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ о юридическом лице,
зарегистрированном до 01.07.2002 г., выдано МИМНС России № 39 по г.Москве 21.08.2002 г.
ИНН 7725117626 <http://medfnpr.ru>**

Главный врач _____

Е.М. Сленчик

Приложения:

Приложение № 1 – Форма заявления о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг (для Пациента)

Приложение № 2 – Информация о лицензии на осуществление медицинской деятельности

Приложение № 3 – Форма заявления о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг (для Заказчика (Плательщика – физического лица), оплачивающего медицинские услуги Пациента)

Приложение № 4 – Форма дополнительного соглашения к Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг

Приложение № 5 – Форма информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2021 г. № 1051н

Приложение № 6 – Форма Согласия на обработку персональных данных (для Пациента)

Приложение № 7 – Форма Согласия на обработку персональных данных (Заказчика – физического лица)

МУ «Поликлиника ФНПР»,
119334, г. Москва, Ленинский пр-т, д. 37, эт. 1, пом. XI, комн. 46,
ОГРН 1027739100036, ИНН 7725117626

Лицензия на осуществление медицинской деятельности:
регистрационный номер лицензии: Л041-01137-77/00315352; дата
предоставления лицензии: 01.08.2017; лицензирующий орган:
Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения; срок
действия – бессрочно.

**Заявление о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг
МУ «Поликлиника ФНПР» № _____
редакция от 20.10.2025 года
Утверждено Приказом № 63-П от 13.10.2025 г.**

г. Москва

« ____ » _____ 20__ г.

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
_____ года рождения, паспорт серия: _____, номер: _____, выдан (кем, когда):

зарегистрированный(ая) _____ по _____ адресу:

именуемый в дальнейшем «**Пациент**», заявляю, что ознакомился(-лась) с условиями Договора-оферты на оказание платных медицинских услуг МУ «Поликлиника ФНПР» (далее - «**Поликлиника**») и выражаю свое согласие с изложенными в нем условиями, правами и обязанностями Сторон, и обязуюсь их соблюдать. Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю, что мне полностью понятны и разъяснены юридические и иные последствия принятия (акцепта) предложения (оферты) МУ «Поликлиника ФНПР», выраженного путем подачи настоящего заявления, подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в МУ «Поликлиника ФНПР».

Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю, что проинформирован(а) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, выбор мной медицинского учреждения и врача.

Я осведомлен о том, что при выявлении у меня какого-либо заболевания и/или моего непосредственного желания получить ту или иную медицинскую услугу МУ «Поликлиника ФНПР», лечащий врач, составив план моего обследования и лечения, обязан меня проинформировать обо всех особенностях тех или иных медицинских процедур.

Я понимаю, что при проведении диагностических и лечебных процедур (манипуляций) возможно возникновение различных осложнений и прочих неблагоприятных последствий для моего здоровья. Я осведомлен, что предложенная врачом тактика лечения может предполагать использование лекарственных препаратов. Мне понятно, что лечащий врач может изменить медикаментозную терапию в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов и/или изменения состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применения альтернативных лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами по согласованию с моим лечащим врачом. Я понимаю, что составленный лечащим врачом план лечения, может динамически изменяться в зависимости от жизненных показаний, результатов исследований и динамики лечения пациента. Я проинформирован(а) о возможности отказа от обследования/лечения/госпитализации и обязуюсь подтверждать отказ письменно своей подписью в медицинской документации, принимая на себя ответственность за его последствия. Я имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на проведение мне обследования/лечения, которое я планирую получить в МУ «Поликлиника ФНПР».

Я извещен(а) о том, что Исполнитель не несет ответственности за неблагоприятные последствия для моего здоровья в результате нарушения мною правил поведения, техники безопасности, требований

медицинского работника при проведении медицинской процедуры (манипуляции), несоблюдении назначений/рекомендаций врача, лечебно-охранительного режима, гигиены, непредставления мною полной и достоверной информации о состоянии моего здоровья. Я осведомлен(а), что при проведении лечебных и диагностических процедур(манипуляций), лечащим врачом мне будет предоставлена информация об альтернативных методах обследования и лечения, а также об их ориентировочной стоимости.

Я обязуюсь:

Неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, назначения/рекомендации врача, правила поведения в медицинской организации. При невозможности явиться на прием к врачу, заранее уведомлять об этом регистратуру (контактный центр) по телефону 8 495 9582110 или лечащего врача.

При оказании медицинских услуг предоставить лечащему врачу и другим специалистам подробную информацию о состоянии своего здоровья и здоровья ближайших родственников, отягощенной наследственности, перенесенных и имеющихся заболеваниях, наличии вредных привычек, вредных и опасных условиях труда, аллергических реакциях, иных известных мне особенностях организма, способных оказать влияние на ход лечения и его эффективность, о наличии заболеваний, представляющих опасность для окружающих; сообщать правдивые сведения о своей наследственности, образе жизни, о злоупотреблении алкоголем, наркотическими средствами, психотропными или токсическими веществами, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, об одновременном лечении у других специалистов и выполнении их рекомендаций, иных факторах и обстоятельствах, имеющих значение для объективной диагностики, адекватного и эффективного лечения. **Я осведомлен(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, отказ от госпитализации, назначений/рекомендаций медицинских работников учреждения, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.**

Я осведомлен(а) о том, что мне необходимо регулярно и добросовестно принимать назначенные врачом препараты, получать другие назначенные мне методы лечения, немедленно сообщать лечащему врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств (напр., витаминные комплексы, БАДы, гомеопатические и проч. препараты, в т.ч. для лечения «простуды», гриппа, головной боли и др.).

Я уведомлен, что Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги только на основании заключенного договора с Пациентом в соответствии с п. 2 ст. 84 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В случае отказа Пациента от подписания настоящего Заявления о присоединении к Договору-оферте Исполнитель имеет право отказать Пациенту в оказании медицинских услуг, кроме случаев, когда Пациенту требуется оказание экстренной медицинской помощи. Подписывая настоящее заявление, подтверждаю наличие у меня установленной законодательством способности приобретать и осуществлять гражданские права, создавать гражданские обязанности и исполнять их (гражданская дееспособность). Подтверждаю, что не лишен (не лишена) дееспособности ни полностью, ни частично.

Пациент: _____ (Ф. И. О.)

Адрес места жительства (фактический): _____.

Иные адреса (при наличии), на которые (при их указании в Заявлении о присоединении к Договору-оферте) Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения

Телефон: _____

Адрес электронной почты (при наличии) _____.

Подпись Пациента: _____ / _____ /

Дата: _____ г.

Оформленный экземпляр заявления о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг МУ «Поликлиника ФНИП» № _____ и Маршрутный лист получил(а) _____ / _____

Подпись _____ расшифровка подписи

Сотрудник Поликлиники _____ Подпись _____ расшифровка подписи **М.п.**

Информация о лицензии на осуществление медицинской деятельности

Лицензия размещена на сайте www.medfnpr.ru

1. Регистрационный номер лицензии: Л041-01137-77/00315352;
2. Дата предоставления лицензии: 01.08.2017;
3. Лицензирующий орган: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения;
4. Лицензируемый вид деятельности: Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»);
5. Срок действия – бессрочно
6. Номер и дата приказа (распоряжения) лицензирующего органа: № 1410-Л от 22.11.2023.

Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

117334, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Донской, Ленинский проспект, д. 37, эт. 1 помещение XI, комн. 46

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

акушерскому делу; вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинской микробиологии; медицинской статистике; медицинскому массажу; общей практике; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; функциональной диагностике;

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); общей врачебной практике (семейной медицине); организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; терапии;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; дерматовенерологии; диетологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; колопроктологии; косметологии; лечебной физкультуре; мануальной терапии; медицинской статистике; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; остеопатии; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; психотерапии; пульмонологии; ревматологии; рентгенологии; рефлексотерапии; спортивной медицине; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии;

при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по:

экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе профессиональной пригодности;

при проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым);

при проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством; психиатрическому освидетельствованию.

117334, г. Москва, Ленинский проспект, д. 37 А

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; стоматологии; стоматологии профилактической; физиотерапии;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

косметологии; мануальной терапии; ортодонтии; психиатрии; психиатрии-наркологии; психотерапии; рентгенологии; рефлексотерапии; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; физиотерапии.

МУ «Поликлиника ФНПР», 119334, г. Москва, Ленинский пр-т, д. 37, эт. 1, пом. XI, комн. 46
ОГРН 1027739100036, Лицензия на осуществление медицинской деятельности: регистрационный номер лицензии: Л041-01137-77/00315352; дата предоставления лицензии: 01.08.2017; лицензирующий орган: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения; срок действия – бессрочно.

**Заявление о присоединении к публичному Договору-оферте
на оказание платных медицинских услуг МУ «Поликлиника ФНПР»
редакция от 20.10.2025 года
Утверждено Приказом № 63-П от 13.10.2025 г.**

г. Москва

«___» _____ 20__ г.

Заказчик (Плательщик по Договору):

(фамилия, имя, отчество)
_____ года рождения, паспорт серия: _____, номер: _____, выдан (кем, когда): _____,
зарегистрированный(ая) _____ по _____ адресу:

Пациент по договору:

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)
_____ года рождения, паспорт серия: _____, номер: _____, выдан (кем, когда): _____,
зарегистрированный(ая) _____ по _____ адресу:

заявляют, что ознакомились с условиями Договора-оферты на оказание платных медицинских услуг МУ «Поликлиника ФНПР» (далее: «Поликлиника») и выражают свое согласие с изложенными в нем условиями, обязательствами и правами Сторон, обязуются их соблюдать.

Подписывая настоящее заявление, мы подтверждаем, что нам полностью понятны и разъяснены юридические и иные последствия принятия (акцепта) предложения (оферты) МУ «Поликлиника ФНПР», выраженного путем подачи настоящего заявления, подтверждаем свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в МУ «Поликлиника ФНПР».

Подписывая настоящее заявление Пациент подтверждает, что проинформирован(а) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, выбор им медицинского учреждения и врача.

Пациент осведомлен о том, что при выявлении у него какого-либо заболевания и/или его непосредственного желания получить ту или иную медицинскую услугу МУ «Поликлиника ФНПР», лечащий врач, составив план его обследования и лечения, обязан проинформировать его обо всех особенностях тех или иных медицинских процедур.

Пациент понимает, что при проведении диагностических и лечебных процедур (манипуляций) возможно возникновение различных осложнений и прочих неблагоприятных последствий для его здоровья. Пациент осведомлен, что предложенная врачом тактика лечения может предполагать использование лекарственных препаратов, что лечащий врач может изменить медикаментозную терапию в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов и/или изменения состояния здоровья Пациента, требующего изменения тактики лечения, а также применения альтернативных лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами по согласованию с лечащим врачом. Пациент

понимает, что составленный лечащим врачом план лечения, может динамически изменяться в зависимости от жизненных показаний, результатов исследований и динамики лечения Пациента.

Пациент проинформирован(а) о возможности отказа от обследования/лечения/госпитализации и обязуется подтверждать отказ письменно своей подписью в медицинской документации. Пациент имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на проведение обследования/лечения, которое он планирует получить в МУ «Поликлиника ФНПР».

Пациент извещен(а) о том, что Исполнитель не несет ответственности за неблагоприятные последствия для его здоровья в результате нарушения Пациентом правил поведения, техники безопасности, требований медицинского работника при проведении медицинской процедуры (манипуляции), несоблюдении назначений/рекомендаций врача, лечебно-охранительного режима, гигиены, непредставления им полной и достоверной информации о состоянии его здоровья.

Пациент осведомлен(а), что при проведении лечебных и диагностических процедур(манипуляций), лечащим врачом ему будет предоставлена информация об альтернативных методах обследования и лечения, а также об их ориентировочной стоимости.

Пациент обязуется:

Неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, назначения/рекомендации врача, правила поведения в медицинской организации.

При невозможности явиться на прием к врачу, заранее уведомлять об этом регистратуру (контактный центр) по телефону 8 495 958 21 10 или лечащего врача.

При оказании медицинских услуг предоставить лечащему врачу и другим специалистам подробную информацию о состоянии своего здоровья и здоровья ближайших родственников, отягощенной наследственности, перенесенных и имеющихся заболеваниях, наличии вредных привычек, вредных и опасных условиях труда, аллергических реакциях, иных известных мне особенностях организма, способных оказать влияние на ход лечения и его эффективность, о наличии заболеваний, представляющих опасность для окружающих, сообщать правдивые сведения о своей наследственности, образе жизни, о злоупотреблении алкоголем, наркотическими средствами, психотропными или токсическими веществами, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, об одновременном лечении у других специалистов и выполнении их рекомендаций, иных факторах и обстоятельствах, имеющих значение для объективной диагностики, адекватного и эффективного лечения.

Пациент осведомлен(а) и осознает, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, отказ от госпитализации, назначений/рекомендаций медицинских работников учреждения, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии его здоровья.

Пациент осведомлен(а) о том, что ему необходимо регулярно и добросовестно принимать назначенные врачом препараты, получать другие назначенные методы лечения, немедленно сообщать лечащему врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств (напр., витаминные комплексы, БАДы, гомеопатические и проч. препараты, в т.ч. для лечения «простуды», гриппа, головной боли и др.).

Подписывая настоящее заявление, подтверждаем наличие установленной законодательством способности приобретать и осуществлять гражданские права, создавать гражданские обязанности и исполнять их (гражданская дееспособность), что Пациент и Заказчик не лишены дееспособности ни полностью, ни частично.

Пациент и Заказчик подтверждают, что текст Договора-оферты и настоящего Заявления ими прочитан, они ознакомлены с Правилами внутреннего распорядка для пациентов и посетителей учреждения, необходимой и исчерпывающей информацией о видах и стоимости оказываемых Поликлиникой медицинских услуг в соответствии с имеющейся лицензией, иной достоверной информацией, обеспечивающей возможность их правильного выбора. Пациент и (или) Заказчик (Плательщик по Договору-оферты) обязуются оплатить оказываемые Исполнителем медицинские услуги в порядке и сроки, которые установлены Договором-офертой.

Пациент уведомлен, что Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги только на основании заключенного договора с Пациентом в соответствии с п. 2 ст. 84 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В случае отказа Пациента от подписания настоящего Заявления о присоединении к Договору-оферте Исполнитель имеет право отказать Пациенту в оказании медицинских услуг, кроме случаев, когда Пациенту требуется оказание экстренной медицинской помощи.

Плательщик (Заказчик)

фамилия, имя и отчество (при наличии) _____

адрес места жительства и телефон заказчика - физического лица _____

данные документа, удостоверяющего личность заказчика _____

Пациент: _____ (Ф. И. О.)

Адрес места жительства (фактический): _____.

Иные адреса (при наличии), на которые (при их указании в Заявлении о присоединении к Договору-оферте)

Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения

Телефон: _____ адрес электронной почты (при наличии) _____.

Дата: _____ г.

Оформленный экземпляр заявления о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг МУ «Поликлиника ФНПР» № _____ и Маршрутный лист получил(а)

_____/Подпись Плательщика: _____/

Подпись *расшифровка подписи*

Подпись Пациента: _____/ _____/

Подпись *расшифровка подписи*

Сотрудник Поликлиники _____

Подпись *расшифровка подписи*

М.п.

МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ПОЛИКЛИНИКА ФЕДЕРАЦИИ НЕЗАВИСИМЫХ ПРОФСОЮЗОВ РОССИИ»
119334, Москва, Ленинский проспект, дом 37, эт. 1, пом. XI, комн. 46
Тел. регистратура 8 (495) 958-21-10 стоматология 8 (495) 952-07-43

Дополнительное соглашение к Договору-оферте
на оказание платных медицинских услуг _____ .202_ (далее Договор-оферты)

Заказчик (Пациент): _____, далее

именуемый «Пациент»

Исполнитель: МУ «Поликлиника ФНПР» (лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/00315352 от 01.08.2017 г.), в лице _____, действующего на основании доверенности № _____ от _____ г., в соответствии с пунктом 2.3 Договора-оферты заключили настоящее Дополнительное соглашение к Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг от _____ .202_ (далее – Соглашение) о нижеследующем:

1. Исполнитель выполняет на возмездной основе медицинские услуги в объеме, определяемом желанием Пациента и организационно-техническими возможностями Исполнителя. Согласованный сторонами объем услуг указан в п. 2 настоящего Соглашения.
2. Стоимость заказанных Пациентом в рамках настоящего Соглашения услуг составляет _____ рублей и оплачивается до её оказания в полном объеме в размере стоимости, предусмотренной Прейскурантом на день ее оказания, путем внесения в кассу Исполнителя наличных денежных средств либо в безналичном порядке (при наличии технической возможности).

№ п/п	код услуги	код в соответствии с номенклатурой медицинских услуг	наименование услуги	цена руб., коп.	кол-во	сумма руб.коп.	скидка %	ставка НДС, %	сумма НДС руб., коп.	сумма с учетом скидки, руб.коп.
1										
2										
3										
4										
5										
Итого:										
Скидка, руб.										
К оплате с учетом скидки, руб.										
В т.ч. НДС, руб.										

3. Подписывая настоящее Соглашения, Пациент подтверждает, что ему предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в другом медицинском учреждении и самостоятельно использует свое право на выбор платного оказания услуг при получении медицинской помощи на добровольной основе. Работники Исполнителя в доступной форме уведомили Пациента об осуществляемой Исполнителем медицинской деятельности, о режиме работы Исполнителя, о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении указанных выше платных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты.
4. Сроки ожидания оказания медицинской помощи предусмотрены в Договоре-оферте.
5. Пациент полностью понимает важность выполнения рекомендаций медицинских работников в отношении подготовки к медицинским вмешательствам, режима, питания, лечения для достижения ожидаемых результатов оказания медицинской помощи, обязуется выполнять все указания и рекомендации медицинского персонала Исполнителя, а также Правила внутреннего распорядка для пациентов и посетителей МУ «Поликлиника ФНПР». Пациент уведомлен о том, что несоблюдение им указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в т.ч. назначенного режима лечения, непредоставление или предоставление недостоверной информации о состоянии своего здоровья, имеющихся (перенесенных) заболеваниях, оперативных вмешательствах и т.п., могут привести к снижению достоверности диагностики, результата лечения, снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента. Пациент, оплативший стоимость медицинской услуги, обязан обратиться за ее получением не позднее 14 календарных дней с момента оплаты, а при необходимости предварительной записи – записаться на прием к специалистам для получения заказанной платной медицинской услуги в указанный срок. В противном случае Исполнитель не несет ответственность за увеличение сроков ожидания и оказания Медицинской услуги, или невозможность ее получения, а Пациент обязан оплатить услуги по их

стоимости на день оказания при изменении за этот период стоимости услуги по Прейскуранту. При оплате комплексной медицинской услуги перерасчет производится с учетом фактической стоимости всех входящих в комплекс услуг по Прейскуранту, действующему на дату такого перерасчета.

6. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия физического лица на медицинское вмешательство. Пациент дает информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств в соответствии с приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 № 390н, на основании информации, предоставленной медицинским работником Исполнителя, на обработку его персональных данных и предоставление платных медицинских услуг, оговоренных в настоящем Соглашении. Пациент информирован (информирована) о характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения.
7. Подписание настоящего Соглашения Пациентом и оплата услуг свидетельствуют о выборе Пациентом медицинского учреждения и врача, полном согласии Пациента с условиями, стоимостью, порядком оказания Исполнителем медицинских услуг, указанных в настоящем Соглашении. В случае отказа Пациента от дальнейшего получения частично оказанной комплексной медицинской услуги по акционной цене (или со скидкой от базовой стоимости прейскуранта), сумма оплаты данной услуги возвращается за вычетом фактической стоимости оказанных услуг, пересчитанной от действующей стоимости Прейскуранта.
8. Настоящее Соглашение является неотъемлемой частью Договора-оферты на оказание медицинских услуг от _____.202 , составлено в 2-х экземплярах по одному для каждой из Сторон. Все термины и определения, используемые в настоящем Соглашении, имеют то же значение, что и в Договоре-оферте.

Подписи сторон

Адрес места жительства (фактический): _____

Иные адреса (при наличии), на которые (при их указании в Заявлении о присоединении к Договору-оферте) Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения _____

Сотрудник _____

Поликлиники _____

расшифровка подписи
М.п.

Подпись

Телефон: _____

Адрес электронной почты (при наличии) _____

Подпись Заказчика (Пациента): _____

Дата: _____ г.

Оформленный экземпляр Дополнительного соглашения к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг МУ «Поликлиника ФНПР» № _____ и Маршрутный лист получил(а) _____

Подпись _____
расшифровка подписи

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
" " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании _____ согласия законным представителем)
" " _____ г. рождения:(дата рождения пациента при подписании законным представителем),
проживающего по адресу _____

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
добровольно обращаясь в МУ «Поликлиника ФНПР» (далее – Исполнитель) даю информированное добровольное согласие на весь срок оказания мне медицинских услуг 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/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Медицинском учреждении «Поликлиника Федерации Независимых Профсоюзов России».

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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 после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

« _____ » _____ 20 _____ г.

_____ (подпись и Ф.И.О. пациента)

_____ (контактный телефон Пациента)

Расписался в моем присутствии: Врач (Ф.И.О.) _____ подпись _____

**Приложение № 6
к Публичному договору-оферте
на оказание платных медицинских услуг
МУ «Поликлиника ФНПР»**

СОГЛАСИЕ

Я, _____

дата рождения _____, адрес места жительства: _____

паспорт

выдан

(когда)

(кем),

(в лице законного представителя: _____)

(ФИО, адрес, номер основного док-та, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного док-та и выдавшем органе, реквизиты доверенности или иного док-та, подтверждающего полномочия представителя)

в соответствии со статьями 6, 9, 10, 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принял решение о предоставлении персональных данных, свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие на обработку МУ «Поликлиника ФНПР» (ОГРН: 1027739100036, ИНН: 7725117626, юридический адрес: 119334, город Москва, Ленинский пр-кт, д. 37, эт/пом/ком 1 / XI / 46) (далее «Оператор»),

моих персональных данных, включающих:

фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, гражданство, данные паспорта (иного документа, удостоверяющего личность), адрес места жительства/регистрации по месту пребывания, контактные телефоны, адрес электронной почты, реквизиты полиса обязательного/добровольного медицинского страхования (ОМС/ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета СНИЛС, занятость, место работы (учебы), должность, группа инвалидности, меры социальной поддержки;

специальных и биометрических данных, включающих:

данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, фотографии, рентгенологические снимки, снимки МРТ – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, и иную информацию, полученную при моем обследовании и лечении при условии, что обработка данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью, обязанным хранить врачебную тайну и иные персональные данные, ставшие им известные в силу исполнения трудовых обязанностей.

В процессе оказания Оператором мне (Пациенту) медицинских услуг я, в интересах обследования и лечения, предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои (Пациента) персональные данные (в том числе специальные и биометрические) должностным лицам и медицинским работникам Оператора (в т.ч. с использованием медицинской информационной системы), осуществляющим обработку персональных данных в силу своих должностных обязанностей, медицинским работникам иных медицинских организаций, с которыми Оператором заключен договор на оказание сопутствующих медицинских услуг в моих (Пациента) интересах (в целях обследования, лечения), а также выполнения Оператором иной деятельности, предусмотренной уставом и законодательством РФ. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными, включение их в реестры и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление документов (отчетных форм) со страховой медицинской организацией, через которую я прикреплен (направлен) на медицинское обслуживание в МУ «Поликлиника ФНПР», и иными организациями раскрытие информации которым определено федеральным законодательством, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с выполнением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, в том числе через используемые безопасные способы передачи данных, обеспеченные оператором ЭДО – АО «ПФ «СКБ Контур» (620144, Екатеринбург, ул. Народной Воли, 19а, ОГРН 1026605606620, ИНН 6663003127), и (или) в виде бумажных документов в целях организации оказания медицинских услуг, проведения экспертизы качества оказанных медицинских услуг и их оплаты, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи в рамках Договоров на оказание медицинских услуг в отношении меня (Пациента), заключенных Оператором с юридическими и физическими лицами (далее – Заказчиком), я, в интересах обследования и лечения, предоставляю право работникам Оператора в течение срока оказания медицинских услуг (срок прикрепления) по договору передавать мои (Пациента) персональные данные Заказчику в объеме, необходимом для реализации таких договоров, а также сведения, включающие в себя результаты проведения медицинского осмотра (профилактического, периодического, предварительного и др.), проведение которого имело место по направлению Заказчика.

Настоящим согласием я предоставляю Оператору право в соответствии с п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими (Пациента) персональными данными (в том числе специальные и биометрические), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оператор в том числе 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 плательщиком медицинских услуг (Заказчиком), с целью согласования оказания мне (Пациенту) объема медицинских услуг в случаях, предусмотренных договором (в случае если медицинские услуги оказываются в рамках такого договора). Осуществлять информационное сопровождение клиента путем телефонной связи, СМС-сообщений, электронной почты.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты), установленному законом. Передача персональных данных (в том числе специальных и биометрических) лицам помимо страховой медицинской организации (Заказчика) и лиц, оказывающих медицинские услуги, в иных целях, помимо цели оказания медицинских услуг, может осуществляться только с моего письменного согласия, включая фотографии, сделанные до начала курса лечения и после его окончания. Настоящее согласие дано в дату его подписания и действует бессрочно.

Настоящим выражаю свою волю и подтверждаю свое согласие на обработку Оператором моего контактного телефона, адреса электронной почты и почтового адреса, с целью информирования меня о предстоящем посещении врача, сроках оказания услуг, предоставления иных, связанных с исполнением договора на оказание медицинских услуг, сведений, в том числе результатов медицинского исследования, анализов, иной медицинской документации, путем предоставления соответствующей информации с помощью электронной почты на указанный мною адрес, смс-информирования, почтовой рассылки (я уведомлен, что информация будет направлена по незащищенным каналам связи, в связи с чем, принимаю все риски на себя и осознаю, что Оператор не может нести ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам).

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 роспись представителю Оператора. При этом я осознаю, что отзыв согласия на обработку персональных данных является односторонним отказом от договора оказания платных медицинских услуг, в связи с невозможностью Оператора в дальнейшем вести медицинскую документацию.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан:

а) прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной до этого медицинской услуги;

б) по истечении указанного выше срока хранения персональных данных уничтожить (стереть) все персональные данные, удалив их из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, а также уничтожить все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Субъект персональных данных (законный представитель) _____ / _____
подпись / ФИО

Приложение № 7
к Публичному договору-оферте
на оказание платных медицинских услуг
МУ «Поликлиника ФНПР»

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных
(для Заказчика)**

г. Москва,

«__» _____ 202__ г.

Я, _____
дата рождения _____, адрес места жительства: _____

паспорт

выдан

(в лице законного представителя: _____)

(ФИО, адрес, номер основного док-та, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного док-та и выдавшем органе, реквизиты доверенности или иного док-та, подтверждающего полномочия представителя)

в соответствии со статьями 6, 9, 10, 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», добровольно подтверждаю свое согласие на обработку МУ «Поликлиника ФНПР» (ОГРН: 1027739100036, ИНН: 7725117626, юридический адрес: 119334, город Москва, Ленинский пр-кт, д. 37, эт/пом/ком 1 / XI / 46), далее «Оператор», моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (иного документа, удостоверяющего личность), с целью обеспечения оказания услуг в интересах третьего лица (Пациента).

Настоящим согласием я предоставляю Оператору право в соответствии с п.3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими (Пациента) персональными данными (в том числе специальные и биометрические), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оператор в том числе 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.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по указанному выше договору на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховыми медицинскими компаниями и иными организациями, раскрытие информации которым определено федеральным законодательством, с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты), установленным законом. Настоящее согласие дано в дату его подписания и действует бессрочно.

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 роспись представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан:

а) прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной до этого медицинской услуги;

б) по истечении указанного выше срока хранения персональных данных уничтожить (стереть) все персональные данные, удалив их из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, а также уничтожить все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Субъект персональных данных (законный представитель) _____ / _____
подпись _____ ФИО _____

Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинской организации

В соответствии с п. 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736, МУ «Поликлиника ФНПР» уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинской организации (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 (Пациента).

С уведомлением ознакомлен до заключения договора на оказание платных медицинских услуг

_____ / _____ (ФИО пациента) _____ (дата)
(подпись)