

5.3. Споры между Сторонами решаются в порядке, установленном Правилами.

5.4. Подписанием Договора Заказчик уведомлен, что при первом заказе услуг и оплаты их стоимости Заказчику открывается базовый бонусный счет в Программе поощрения постоянных клиентов «Здоровый кэшбэк» (далее – Программа), Организатором которой является в том числе ООО «ИНВИТРО» (ОГРН 1037739468381, адрес юридического лица: 125047, г. Москва, 4-ая Тверская-Ямская ул., д. 16, корп. 3, эт. 3, пом. I, комн. 3). С Правилами Программы, в том числе порядком вступления в Программу, Заказчик может ознакомиться на сайте и в медицинских офисах Исполнителя/Партнёров Программы.

5.5. Подписанием Договора

Заказчик

соглашается

не соглашается

Пациент³ (если таковой указан в Договоре)

соглашается

не соглашается

получать распространяемые Исполнителем и/или ООО «ИНВИТРО» (и/или третьими лицами, привлекаемыми ими для распространения) рекламные и/или иные информационные материалы (в том числе приглашения на участие в клинических исследованиях лекарственных препаратов, маркетинговых исследованиях) (далее – материалы) (представленные в виде СМС- /e-mail-сообщений, иной объективной форме), в том числе с использованием сетей связи, сетей подвижной радиотелефонной связи посредством абонентских номеров и/или электронной почты, указанных Заказчиком (*Пациентом*) в Договоре и/или в сметах. Выражая согласие на получение материалов, Заказчик (*Пациент*) соглашается на предоставление информации о факте дачи им такого согласия третьим лицам, привлекаемым для распространения материалов (в том числе операторам связи), и/или уполномоченным государственным (муниципальным) органам власти, в целях подтверждения данного факта, что повлечет предоставление вышеуказанным лицам документального подтверждения дачи настоящего согласия.

Подписанием Договора Заказчик (*Пациент*) подтверждает, что им проверено поле, отмеченное в настоящем пункте Договора, в пункте отмечено действительное волеизъявление Заказчика (*Пациента*).

5.6. Одновременно с подписанием Договора Заказчик (*Пациент*) предоставляет Исполнителю согласие на осуществление обработки персональных данных Заказчика (*Пациента*) в порядке и на условиях, определенных согласием на обработку персональных данных, являющемся приложением № 1 к Договору и его неотъемлемой частью.

Заказчику (*Пациенту*) разъяснены юридические последствия отказа предоставить персональные данные и дать согласие на обработку персональных данных, в том числе невозможность оказания Исполнителем услуг по Договору – в связи с необходимостью привлечения Исполнителем третьих лиц (Соисполнителей) для выполнения своих обязательств по Договору.

5.7. Исполнитель вправе при желании Заказчика (*Пациента*) предоставить ему дополнительные медицинские услуги на возмездной основе без оформления дополнительного соглашения либо нового договора, в этом случае Стороны оформляют предоставление дополнительных услуг путём оформления новой сметы к Договору.

6. Заключительные положения

6.1. Договор составлен в количестве экземпляров, соответствующих количеству Сторон Договора, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для Заказчика (*Пациента*) и Исполнителя, вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует в течение 10 (десять) лет.

6.2. Изменение и расторжение Договора возможны по соглашению Сторон, если иное не предусмотрено Правилами и законодательством РФ. Соглашение об изменении или о расторжении Договора совершается в той же форме, что и Договор, если из законодательства РФ, Договора не вытекает иное.

6.3. Заказчик (*Пациент*) подтверждает, что до заключения Договора он в письменной форме уведомлен Исполнителем, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услугу), назначенного режима лечения (граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «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 медицинской организации), может снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика (*Пациента*).

6.4. Заказчик (*Пациент*) подтверждает, что при заключении Договора ему предоставлена Исполнителем в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Исполнитель

ООО «_____»

ОГРН _____

ИНН _____

Адрес юридического лица: _____

Телефон, факс: +7 (495) 363-0363

Директор

_____/ ФИО/

МЕСТО ПОДПИСИ

М.П.

ПОДПИСИ СТОРОН

Пациент⁴

(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения: _____

Данные документа, удостоверяющего личность:

Паспорт _____,

серия _____ номер _____

выданный _____

«__» _____ года, код подразделения: _____

Адрес места жительства: _____

Иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения: _____

Телефон: _____

e-mail: _____

(подпись)

Заказчик

(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения: _____

Данные документа, удостоверяющего личность:

Паспорт _____,

серия _____ номер _____

выданный _____

«__» __ __ года, код подразделения: _____
Адрес места жительства: _____

Иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы
на письменные обращения: _____

Телефон: _____

e-mail: _____

(подпись)

¹ Перечень услуг, оказываемых по конкретному адресу, определяется лицензией на осуществление медицинской деятельности.

² Читать: «Заказчик и Пациент», если Пациент указан в Договоре и является лицом, достигшим возраста 15 лет (16 лет, если лицо является больным наркоманией).

³ Заполняется Заказчиком в случаях, когда Заказчик является законным представителем Пациента.

⁴ Заполняется, если Пациент указан в Договоре и достиг возраста 18 лет, либо приобрел дееспособность в полном объеме.

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Дата подписания согласия: _____ 202__ г.

Во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»,

я, _____ (фамилия, имя, отчество [при наличии])

документ, удостоверяющий личность: паспорт гражданина Российской Федерации
 иной документ: _____

серия _____ номер _____ дата выдачи _____ г. код подразделения _____ - _____
выдан _____

адрес места жительства: _____

**именуемый(-ая) в дальнейшем «субъект персональных данных» / «субъект» и действующий(-ая) от своего имени
именуемый(-ая) в дальнейшем «представитель субъекта персональных данных (субъекта)» и действующий(-ая) от имени**

(фамилия, имя, отчество [при наличии])

документ, удостоверяющий личность: паспорт гражданина Российской Федерации
 иной документ: _____

серия _____ номер _____ дата выдачи _____ г. код подразделения _____ - _____
выдан _____

адрес места жительства: _____

именуемого(-ой) в дальнейшем «субъект персональных данных» / «субъект»,

на основании _____ (реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия)

даю согласие на обработку моих персональных данных, а также персональных данных субъекта (далее также – ПД) ООО «ИНВИТРО» (далее – оператор), адрес юридического лица: 125047, г. Москва, 4-я Тверская-Ямская ул., д. 16, корп. 3, эт. 3, пом. I, комн. 3, в целях:

- в целях предоставления услуг (как перечисленных в сметах, так и тех, которые могут быть предоставлены мне/субъекту в будущем), в том числе уточнения сотрудником оператора сведений, необходимых для оказания услуг, предусмотренных сметами;
- поддержания/повышения качества, удобства и/или доступности услуг, в том числе организации электронного документооборота;
- информирования (распространения информации) об услугах/товарах, предлагаемых оператором и/или его партнерами, рекламы поименованных услуг/товаров, в том числе с применением методов таргетинга и профайлинга;
- приглашения к участию в клинических исследованиях лекарственных препаратов;
- приглашения к участию в маркетинговых исследованиях;
- реализации маркетинговых программ (программ лояльности / поощрения постоянных потребителей) и иных мероприятий оператора, направленных на привлечение, удержание и поощрение потребителей (далее – маркетинговая программа).

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие оператору:

- о состоянии моего здоровья/здоровья субъекта (в том числе сведения о факте обращения за медицинской помощью);
 - сведения, характеризующие меня/субъекта как субъекта гражданских правоотношений (Ф.И.О., дата рождения, место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства, дата регистрации по месту жительства, номер банковской карты, и т. д.);
 - иные сведения, сообщенные обо мне/о субъекте в Договоре и (или) смете и (или) дополнительных документах, подписываемых мной/субъектом (в том числе номер телефона, адрес электронной почты, номер страхового полиса, пол, СНИЛС);
- дополнительно для участников маркетинговых программ:*
- сведения о приобретенных участником маркетинговой программы услугах, начисленных участнику маркетинговой программы бонусах / предоставленных скидках;
 - иные сведения, полученные об участнике маркетинговой программы в ходе ее реализации.

Перечень действий с персональными данными (способов обработки персональных данных), на совершение которых я даю согласие оператору:

- а)** сбор, запись, систематизация, накопление, уточнение ПД, в том числе:
 - внесение в автоматизированные системы хранения и обработки данных, используемые оператором (в том числе путем считывания информации с магнитной ленты банковской карты субъекта);
 - внесение данных субъекта в сметы и/или иные документы, используемые оператором для оказания услуг или реализации маркетинговой программы (для участников маркетинговой программы);
- б)** хранение ПД (как на бумажных носителях, так и/или с использованием автоматической системы хранения и обработки данных);
- в)** использование ПД в вышеуказанных целях (в том числе в целях уточнения сотрудником оператора сведений, необходимых для оказания услуг, посредством телефонной связи; продвижения товаров, работ и услуг на рынке (если дано согласие на получение рекламных и/или иных информационных материалов в Договоре) путём осуществления рассылки (в том числе СМС-рассылки) и/или иными способами с использованием и/или без использования сетей подвижной радиотелефонной связи и/или иных сетей связи и/или исключительно автоматизированной обработки ПД (автоматизированная обработка ПД осуществляется оператором с использованием средств вычислительной техники, осуществляющей на основании совокупности внесенной информации принятие решений, например, об идентификации субъекта и/или размере начисляемого бонуса / предоставляемой скидки));
- г)** предоставление ПД указанным в подпункте «д» третьим лицам, привлечённым оператором к исполнению договора (при условии соблюдения режима конфиденциальности), реализации маркетинговой программы (для участников маркетинговой программы), выполнению оператором иных обязательств, принятых на себя в рамках Договора и/или проводимых оператором мероприятий, направленных на продвижение (рекламу) товаров, работ и услуг на рынке, поддержание / повышение качества, удобства и/или доступности услуг в целом, проведению маркетинговых исследований, а также операторам связи, лицам, осуществляющим обработку оплаты по Договору, совершенной с использованием платёжных банковских карт, операторам платёжных систем, при условии, что таковое не нарушает законные права и интересы субъекта и положения законодательства Российской Федерации, а равно

предоставление ПД лицу, осуществляющему оплату медицинских услуг по Договору (в случае если оплата медицинских услуг по Договору осуществляется за меня/субъекта юридическим лицом/индивидуальным предпринимателем);

д) поручение обработки ПД третьим лицам, привлечённым оператором к исполнению договора, как определено в подпункте «г» (при условии соблюдения режима конфиденциальности), при условии, что таковое не нарушает законные права и интересы субъекта и положения законодательства РФ, в том числе следующим третьим лицам и операторам связи:

- ООО «ИНВИТРО» (125047, г. Москва, ул. 4-я Тверская-Ямская, д. 16, корп. 3, эт. 3, пом. I, комн. 3),
- ООО «ИНВИТРО СПб» (196105, г. Санкт-Петербург, ул. Благодатная, д. 18, лит. А),
- ООО «ИНВИТРО-Самара» (443056, Самарская обл., г. Самара, Московское ш., д. 12),
- ООО «ИНВИТРО-Урал» (454091, Челябинская обл., г. Челябинск, ул. Российская, д. 275),
- ООО «ИНВИТРО-Сибирь» (630049, Новосибирская обл., г. Новосибирск, пр-т Красный, д. 218/2),
- ООО «ИНВИТРО-Воронеж» (394030, Воронежская обл., г. Воронеж, ул. Плехановская, д. 50),
- ООО «ИНВИТРО-Ростов-на-Дону» (344092, Ростовская обл., г.о. город Ростов-на-Дону, г. Ростов-на-Дону, пр-т Космонавтов, д. 2, офис 1406),
- ООО «ИНВИТРО-Ставрополье» (357502, Ставропольский край, г. Пятигорск, пр-т 40 Лет Октября, д. 58Б),
- ООО «ИНВИТРО-Приморье» (690106, Приморский край, г. Владивосток, Партизанский пр-т, д. 40, эт. 1, комн. 1),
- ООО «Виалаб» (115409, г. Москва, Каширское ш., д. 68, корп. 2, эт. 3, пом. I, комн. 26),
- ООО «ИНВИТРО-Североморск» (184606, Мурманская обл., г. Североморск, ул. Северная застава, д. 10),
- ООО «ИНВИТРО-Эксперт» (115409, г. Москва, Каширское ш., д. 68, корп. 2, эт. 1, пом. I, комн. 4),
- ООО «ИНВИТРО-Информационные технологии» (117105, г. Москва, ул. Нагатинская, д. 1, стр. 33, эт. 2, пом. I, комн. 14),
- ООО «ИНВИТРО Холдинг Стандарт» (125047, г. Москва, 4-я Тверская-Ямская ул., д. 16, корп. 3, эт. 3, пом. I, комн. 2),
- ООО «ИНВИТРО-Объединенные коммуникации» (117105, г. Москва, ул. Нагатинская, д. 1, стр. 5),
- ООО «ИНВИТРО-КИ» (115409, г. Москва, Каширское ш., д. 68, корп. 2, эт. 3, пом. I, комн. 26),
- ПАО «МТС» (109147, г. Москва, ул. Марксистская, д. 4);
- ПАО «ВымпелКом» (127083, г. Москва, ул. 8 Марта, д. 10, стр. 14),
- ПАО «МегаФон» (127006, г. Москва, пер. Оружейный, д. 41),
- ООО «Т2 Мобайл» (108811, г. Москва, километр Киевское шоссе 22-й (п. Московский), домовладение 6, стр. 1, эт. 5 комн. 33),
- ООО «ИнфоБип» (109544, г. Москва, бульвар Энтузиастов, д. 2, эт./ком. 21/1),
- АО «ПФ «СКБ Контур» (620144, Свердловская обл., г. Екатеринбург, ул. Народной Воли, стр. 19А),
- ПАО Сбербанк (117312, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19),
- АО «АЛЬФА-БАНК» (107078, г. Москва, ул. Каланчевская, д. 27),
- ПАО «Промсвязьбанк» (109052, г. Москва, ул. Смирновская, д. 10, стр. 22),
- АО «Райффайзенбанк» (119002, Россия, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Арбат, Смоленская-Сенная пл., д. 28),
- Банк ВТБ (ПАО) (191144, г. Санкт-Петербург, пер. Дегтярный, д. 11, литер А),
- АО «Банк Русский Стандарт» (105187, г. Москва, ул. Ткацкая, д. 36),
- ООО «Комус-Р2» (300000, Тульская обл., г. Тула, ул. Войкова, д. 2/5, пом. 6/эт. 1),
- АО «НСПК» (115184, г. Москва, ул. Большая Татарская, д. 11),
- ООО «ИОМ Анкетолог» (630099, Новосибирская обл., г. Новосибирск, пр-кт Красный, д. 29, офис 54),
- АО «АУДИОТЕЛЕ» (109147, г. Москва, ул. Марксистская, д. 22, стр. 1, подъезд 2, эт. 3, комн. 7);
- ООО «РА УРАЛ» (адрес: 454084, Челябинская обл., г. Челябинск, ул. Кирова, д. 19, пом. 7, офис 805);
- ООО «АДВ Консалтинг» (адрес: 119049, г. Москва, ул. Большая Якиманка, д. 35, стр. 1, пом. II, ком. 1);
- ООО «ОСК» (адрес: 119270, г. Москва, Лужнецкая наб., д. 10А, стр. 3, эт. 3, пом. 1, ком. 14);

е) извлечение, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение ПД.

Срок действия согласия на обработку персональных данных: в течение десяти лет с даты подписания согласия и Договора или в течение срока участия в маркетинговых программах (для участников маркетинговых программ). Отозвать согласие на обработку персональных данных в любой момент возможно путем предоставления в медицинском офисе оператора запроса на отзыв согласия субъекта на обработку его персональных данных. Запрос должен содержать номер основного документа, удостоверяющего личность субъекта или его представителя, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, сведения, подтверждающие участие субъекта в отношениях с оператором (дата заключения Договора), либо сведения, иным образом подтверждающие факт обработки ПД оператором, подпись субъекта или его представителя.

Я/субъект уведомлен о том, что:

1. Я/субъект вправе:

- заявить возражения против решения оператора, принятого им на основании исключительно автоматизированной обработки ПД;
- обжаловать действия или бездействия оператора в уполномоченный орган или в судебном порядке;
- защищать свои права и законные интересы, в том числе требовать возмещения убытков и компенсации морального вреда, в суде;
- в любой момент отказаться от получения материалов, распространяемых оператором в соответствии с согласием субъекта, путём направления оператору (по адресу, указанному в Договоре) соответствующего обращения;
- в любой момент отказаться от участия в маркетинговой программе (для участников маркетинговой программы, в этом случае прекращается обработка ПД субъекта, связанных с реализацией участия субъекта в маркетинговой программе);
- отказ оформляется участником по форме, установленной организатором маркетинговой программы, с которой можно ознакомиться в медицинских офисах организатора маркетинговой программы/оператора или партнёров маркетинговой программы (далее – медицинский офис), и представляется в письменном виде в медицинский офис с предъявлением документа, удостоверяющего личность участника;
- участие участника в маркетинговой программе прекращается в течение 10 (десяти) рабочих дней, следующих за днем получения организатором маркетинговой программы/оператором или партнёром маркетинговой программы письменного отказа от участника;
- следствием прекращения участия участника в маркетинговой программе являются: закрытие и блокировка бонусного счёта участника, аннулирование начисленных участнику бонусов без возможности восстановления, утрата участником права на использование бонусов.

2. Оператор вправе принимать решение на основании исключительно автоматизированной обработки ПД об идентификации субъекта в системе учёта предоставляемых оператором услуг, в том числе в целях реализации мероприятий оператора, направленных на поощрение потребителей услуг оператора (предоставления скидок и т. д.).

Субъект персональных данных (представитель субъекта персональных данных):

подпись

расшифровка подписи (инициалы и фамилия)

Я,

(фамилия, имя, отчество)

далее по тексту направительного бланка (сметы) именуемый «Заказчик», а равно

(фамилия, имя, отчество)

далее по тексту направительного бланка (сметы) именуемый «Пациент», уведомлен о том, что: несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), назначенного режима лечения (граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «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 медицинской организации), может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя услуги, о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также подтверждаю ознакомление с порядком предоставления услуг Исполнителем, условиями и требованиями к их предоставлению.

Заказчик _____ «__» _____ 20__ г.
подпись _____ ФИО _____ дата _____

Пациент _____ «__» _____ 20__ г.
подпись _____ ФИО _____ дата _____

(заполняется, если Пациент достиг возраста 15 лет (16 лет, если лицо является больным наркоманией))

**НАПРАВИТЕЛЬНЫЙ БЛАНК (СМЕТА) ОТ ДД.ММ.ГГГГ
к Договору на оказание медицинских услуг от «__» _____ 202__ г. (Договор)**

Заказчик:	ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО					
	Дата рождения:	ДД.ММ.ГГГГ	г	М/Д	Телефон:	+ 7 (999) 999 99
	Адрес:	АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ				
	СНИЛС:					
Исполнитель:	Общество с ограниченной ответственностью «Независимая лаборатория ИНВИТРО» ОГРН 1037739468381					
Пациент:	ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО					
	Дата рождения:	ДД.ММ.ГГГГ	г		Телефон:	+ 7 999 8887766
	Адрес:	АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ				
	СНИЛС:					

ИНЗ: _____

Код	Наименование медицинской услуги	Формат выдачи	Срок выполнения (ожидания)	Цена*, р.	Уменьшение суммы заказа**, р.	Стоимость*, р.
		Кол				
Итого по медицинским услугам:						

* с НДС в применимых случаях

** сумма заказа подлежит уменьшению на сумму бонусных рублей ИНВИТРО, засчитываемых в счет оплаты медицинских услуг в соответствии с Правилами Программы поощрения постоянных клиентов «Здоровый кэшбэк» (далее – Программа), либо на сумму скидки, предоставляемой в соответствии с Правилами Программы. Информация о сумме начисленных и/или списанных бонусных рублей ИНВИТРО, балансе бонусных рублей ИНВИТРО, сумме скидки представлена в кассовом чеке.

Кодовое слово* _____

*Указывается обязательно на случай возникновения форс-мажорных обстоятельств, а также для уточнения факта готовности результата.

Порядок (способ) предоставления медицинской документации¹:

Пациенту:

Уведомление о готовности через мессенджеры/по СМС _____

Е-mail доставка² _____

Доступ к электронному медицинскому документу посредством государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (портала Госуслуги)³ _____

Заказчику:

Уведомление о готовности через мессенджеры/по СМС _____

E-mail доставка²

Доступ к электронному медицинскому документу посредством государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (портала Госуслуги)³

Информация об условиях выдачи кассовых чеков (далее – чек)

Для направления чека Заказчику в электронной форме:

E-mail²

Подписанием сметы Заказчик подтверждает:

- свое согласие на получение чека в электронной форме (или сведений в электронной форме, идентифицирующих чек, и информации об адресе информационного ресурса, который размещен в сети Интернет и по которому чек может быть бесплатно получен Заказчиком) по указанному в настоящем разделе смете телефону (абонентскому номеру) или адресу электронной почты (при наличии технической возможности для передачи информации в электронной форме на адрес электронной почты).

¹ Медицинская документация также может быть получена Заказчиком (Пациентом) по обращению в бумажном виде в медицинском офисе Исполнителя в порядке, установленном Правилами оказания платных медицинских услуг, утвержденными Исполнителем (далее – Правила). Независимо от установленного сметой способа предоставления медицинской документации медицинская документация размещается в сервисе «Личный кабинет» (<https://lk3.invitro.ru/login>) с применением необходимых средств и способов защиты информации.

² Заказчик (Пациент) в случае указания адреса электронной почты (e-mail) в качестве способа предоставления медицинской документации, способа направления чека, подтверждает свое согласие с тем, что передаваемая информация, в том числе результаты исследований, проведенных Исполнителем, будут направлены Заказчику (Пациенту) с использованием открытых (незащищенных) каналов связи.

³ Заказчик (Пациент) в случае выбора данного способа предоставления медицинской документации дает согласие Исполнителю на передачу медицинской документации, оформленной по результатам проведенных лабораторных исследований биологического материала, в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), федеральную государственную информационную систему «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)», в том числе уполномоченным лицам, обеспечивающим функционирование указанных информационных систем. Заказчик (Пациент) подтверждает, что он согласен с последствиями передачи медицинской документации в ЕГИСЗ: возможностью ознакомления с медицинской документацией медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Подписанием сметы Заказчик (и Пациент, если таковой указан в Договоре и смете) подтверждает:

- согласие с перечнем и объемом услуг, предусмотренных заказом, включая заинтересованность в получении услуг на условиях заказа – то есть независимо от объема стандарта медицинской помощи (Заказчик (и Пациент, если таковой указан в Договоре и смете) проинформирован, что Исполнитель при включении услуг в прайс-лист Исполнителя действует в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, или в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи);

- правильность указанных в настоящей смете данных и соглашается с тем, что он самостоятельно несет риск любых негативных последствий при указании недостоверных (неточных) сведений;

- что он ознакомлен с условиями отправки уведомлений о готовности и доставки медицинской документации по сетям общего пользования, размещенными в медицинских офисах Исполнителя или на сайте в сети Интернет по адресу: www.invitro.ru, и соглашается с ними;

- в случае если настоящей сметой предусмотрено право Заказчика и/или иного получателя на получение медицинской документации, подготовленной Исполнителем, иной информации о состоянии здоровья Пациента, и Пациент является лицом, достигшим возраста 15 лет (16 лет, если лицо является больным наркоманией) и приобретшим дееспособность в полном объеме, подписанием настоящей сметы Пациент подтверждает, что ему известно понятие «врачебной тайны», а также его право на неразглашение информации о факте обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии его здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании;

- что он уведомлен о том, что интерпретация результатов исследований, проведенных Исполнителем, содержит информацию для лечащего врача, не является диагнозом и не может быть использована для самодиагностики и самолечения; точный диагноз ставит лечащий врач, используя как результаты исследования, так и нужную информацию из других источников: анамнеза, результатов других обследований и т. д.;

- что он ознакомлен с Правилами, размещенными на сайте в сети Интернет по адресу: www.invitro.ru и действующими на дату подписания настоящей сметы, и соглашается с ними.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Заказчик (или Пациент, если таковой указан в Договоре и смете) настоящим дает 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. N 390н (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого он является, в Обществе с ограниченной ответственностью «Независимая лаборатория ИНВИТРО».

Медицинским

работником

(должность, ФИО медицинского работника)

в доступной для Заказчика (Пациента) форме Заказчику (Пациенту) разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты/ виды медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые / ожидаемые результаты оказания медицинской помощи. Заказчик (Пациент) подтверждает, что имел возможность задавать медицинскому работнику Исполнителя любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы, поставил в известность медицинского работника Исполнителя, осуществляющего проведение процедуры, обо всех проблемах, связанных со здоровьем Заказчика (Пациента), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости йода, спирта.

Заказчику (Пациенту) разъяснено, что он имеет 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Заказчик (Пациент) понимает, что после взятия биоматериала / проведения процедуры требование о прекращении процедуры не может быть выполнено в связи с тем, что медицинское вмешательство уже было произведено.

Сведения о выбранном(ых) Заказчиком (Пациентом) лице(ах), которому(ым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья Заказчика (Пациента), в том числе после смерти:

(ФИО гражданина, контактный телефон, адрес электронной почты)

Исполнитель

Директор агломерации Москва
ООО «ИНВИТРО»

_____ / Палий Павел Николаевич

М.П.

Пациент

<ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО (ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ)>

_____/_____
(подпись) (ФИО)

Заказчик

<ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО (ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ)>

_____/_____
(подпись) (ФИО)

Расписался в моем присутствии:
Представитель Исполнителя

(Должность медицинского работника)

(подпись)

(ФИО)

Я,

(фамилия, имя, отчество)

далее по тексту направительного бланка именуемый «Заказчик», а равно

(фамилия, имя, отчество)

далее по тексту направительного бланка именуемый «Пациент», уведомлен о том, что: несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), назначенного режима лечения (граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «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 медицинской организации), может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя услуги, о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также подтверждаю ознакомление с порядком предоставления услуг Исполнителем, условиями и требованиями к их предоставлению.

Заказчик _____ «__» _____ 20__ г.
подпись _____ ФИО _____ дата _____

Пациент _____ «__» _____ 20__ г.
подпись _____ ФИО _____ дата _____

(заполняется, если Пациент достиг возраста 15 лет (16 лет, если лицо является больным наркоманией))

**НАПРАВИТЕЛЬНЫЙ БЛАНК - ЗАКАЗ ОТ ДД.ММ.ГГГГ (Заказ)
к Договору на оказание медицинских услуг от «__» _____ 202__ г. (Договор)**

Заказчик:	ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО					
	Дата рождения:	ДД.ММ.ГГГГ	Пол:	М/Ж	Телефон:	+ 7 (999) _____
	Адрес:	АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ				
Плательщик:	НАИМЕНОВАНИЕ					
	ОГРН		-	-	-	-
	ИНН					
Исполнитель:	Общество с ограниченной ответственностью «Независимая лаборатория ИНВИТРО» ОГРН 1037739468381					
	Адрес					
Пациент:	ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО					
	Дата рождения:	ДД.ММ.ГГГГ	Пол:	М/Ж	Телефон:	+ 7 999 88877
	Адрес:	АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ				
	СНИЛС:					

ИНЗ:

Код	Наименование медицинской услуги	Формат выдачи	Срок выполнения (ожидания)
		Кол	

Кодовое слово*

*Указывается обязательно на случай возникновения форс-мажорных обстоятельств, а также для уточнения факта готовности результата.

Порядок (способ) предоставления медицинской документации¹:

Пациенту:

Уведомление о готовности через мессенджеры/по СМС

E-mail доставка²

Доступ к электронному медицинскому документу посредством государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (портала Госуслуги)³

Заказчику:

Уведомление о готовности через мессенджеры/по СМС

E-mail доставка²

Доступ к электронному медицинскому документу посредством государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (портала Госуслуги)³

¹ Медицинская документация также может быть получена Заказчиком (Пациентом) по обращению в бумажном виде в медицинском офисе Исполнителя в порядке, установленном Правилами оказания платных медицинских услуг, утвержденными Исполнителем (далее – Правила). Независимо от

установленного заказом способа предоставления медицинской документации медицинская документация размещается в сервисе «Личный кабинет» (<https://lk3.invitro.ru/login>) с применением необходимых средств и способов защиты информации.

² Заказчик (Пациент) в случае указания адреса электронной почты (e-mail) в качестве способа предоставления медицинской документации подтверждает свое согласие с тем, что передаваемая информация, в том числе результаты исследований, проведенных Исполнителем, будут направлены Заказчику (Пациенту) с использованием открытых (незащищенных) каналов связи.

³ Заказчик (Пациент) в случае выбора данного способа предоставления медицинской документации дает согласие Исполнителю на передачу медицинской документации, оформленной по результатам проведенных лабораторных исследований биологического материала, в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), федеральную государственную информационную систему «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)», в том числе уполномоченным лицам, обеспечивающим функционирование указанных информационных систем. Заказчик (Пациент) подтверждает, что он согласен с последствиями передачи медицинской документации в ЕГИСЗ: возможностью ознакомления с медицинской документацией медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Подписанием заказа Заказчик (и Пациент, если таковой указан в Договоре и заказе) подтверждает:

- согласие с перечнем и объемом услуг, предусмотренных заказом, включая заинтересованность в получении услуг на условиях заказа – то есть независимо от объема стандарта медицинской помощи (Заказчик (и Пациент, если таковой указан в Договоре и смете) проинформирован, что Исполнитель при включении услуг в прайс-лист Исполнителя действует в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, или в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи);
- правильность указанных в настоящем заказе данных и соглашается с тем, что он самостоятельно несет риск любых негативных последствий при указании недостоверных (неточных) сведений;
- что он ознакомлен с условиями отправки уведомлений о готовности и доставки медицинской документации по сетям общего пользования, размещенными в медицинских офисах Исполнителя или на сайте в сети Интернет по адресу: www.invitro.ru, и соглашается с ними;
- в случае если настоящим заказом предусмотрено право Заказчика и/или иного получателя на получение медицинской документации, подготовленной Исполнителем, иной информации о состоянии здоровья Пациента, и Пациент является лицом, достигшим возраста 15 лет (16 лет, если лицо является больным наркоманией) и приобретшим дееспособность в полном объеме, подписанием настоящего заказа Пациент подтверждает, что ему известно понятие «врачебной тайны», а также его право на неразглашение информации о факте обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии его здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании;
- что он уведомлен о том, что интерпретация результатов исследований, проведенных Исполнителем, содержит информацию для лечащего врача, не является диагнозом и не может быть использована для самодиагностики и самолечения; точный диагноз ставит лечащий врач, используя как результаты исследования, так и нужную информацию из других источников: анамнеза, результатов других обследований и т.д.;
- что он ознакомлен с Правилами, размещенными на сайте в сети Интернет по адресу: www.invitro.ru и действующими на дату подписания настоящего заказа, и соглашается с ними.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Заказчик (или Пациент, если таковой указан в Договоре и заказе) настоящим дает 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. N 390н (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого он является, в Обществе с ограниченной ответственностью «Независимая лаборатория ИНВИТРО».

Медицинским

работником

(должность, ФИО медицинского работника)

в доступной для Заказчика (Пациента) форме Заказчику (Пациенту) разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты / виды медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые/ожидаемые результаты оказания медицинской помощи. Заказчик (Пациент) подтверждает, что имел возможность задавать медицинскому работнику Исполнителя любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы, поставил в известность медицинского работника Исполнителя, осуществляющего проведение процедуры, обо всех проблемах, связанных со здоровьем Заказчика (Пациента), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости йода, спирта.

Заказчику (Пациенту) разъяснено, что он имеет 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Заказчик (Пациент) понимает, что после взятия биоматериала / проведения процедуры требование о прекращении процедуры не может быть выполнено в связи с тем, что медицинское вмешательство уже было произведено.

Сведения о выбранном(ых) Заказчиком (Пациентом) лице(ах), которому(ым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья Заказчика (Пациента), в том числе после смерти:

(ФИО гражданина, контактный телефон, адрес электронной почты)

Исполнитель

Директор агломерации Москва
ООО «ИНВИТРО»

_____ / Палий Павел Николаевич

М.П.

Пациент

<ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО (ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ)>

_____/_____
(подпись) (ФИО)

Заказчик

<ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО (ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ)>

_____/_____
(подпись) (ФИО)

Расписался в моем присутствии:
Представитель Исполнителя

(Должность медицинского работника)

(подпись)

(ФИО)