

ФОРМА ДОГОВОРА
на оказание платных медицинских услуг
(трехсторонний)

г. Москва

« » _____ 20__ года

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 31 имени академика Г.М. Савельевой Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГКБ № 31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ»), находящееся по адресу: 119415, г. Москва, Ул. Лобачевского, д. 42, стр. 1, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности от «26» февраля 2019 г. № Л041-01137-77/00368500, выданную Департаментом здравоохранения города Москвы, находящимся по адресу: Оружейный переулок, д. 43, Москва, 127006, тел. (499) 251-83-00, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Главного врача Ефремовой Натальи Михайловны, действующей на основании Устава, с одной стороны, _____, именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик»

(указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) гражданина)

и _____, именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель»,

(указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) гражданина)

с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В рамках настоящего Договора Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя, оказывает Потребителю медицинские услуги по своему профилю деятельности (далее - медицинские услуги) в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, перечнем платных медицинских услуг, согласованным с Департаментом здравоохранения города Москвы, по номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, по ценам, определяемым на основании Прейскуранта на платные медицинские услуги, оказываемые населению в ГБУЗ «ГКБ № 31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ», утвержденного приказом руководителя Исполнителя, и действующего на момент заключения Договора (далее - Прейскурант), а Заказчик оплачивает медицинские услуги. Перечень платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю по настоящему Договору, представлен в Приложении 1, являющемся неотъемлемой частью настоящего Договора (далее - Перечень).

1.2. До заключения Договора Заказчик и Потребитель уведомлены Исполнителем 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. Подписывая настоящий Договор, Заказчик, действуя свободно, своей волей, в интересах своих и Потребителя, понимая значения своих действий, дает добровольное согласие на оказание медицинских услуг Потребителю на возмездной основе.

1.3. До заключения Договора Заказчик и Потребитель уведомлены и согласны с тем, что несоблюдение назначений (рекомендаций) медицинского персонала, предоставляющего платные медицинские услуги, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

1.4. Срок оказания медицинских услуг с « » _____ 20__ года по « » _____ 20__ года.

1.5. Заказчик и Потребитель уведомлены Исполнителем о сроках ожидания медицинской помощи, оказываемой без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.6. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Потребителю в рамках настоящего Договора, определяется на основании Прейскуранта, действующего на момент заключения Договора, и определена в Перечне (Приложении 1) к настоящему Договору. При предоставлении комплексной медицинской услуги объем диагностических мероприятий и их количество определяются Программой услуги - Приложение №6 к настоящему Договору. Программа является лимитированной, оказание не входящих в Программу медицинских услуг за счет стоимости приобретенной лимитированной Программы не допускается.

1.7. Если при оказании платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг (при наличии такой возможности), не предусмотренных Договором, Исполнитель предупреждает об этом Заказчика и Потребителя.

1.8. Если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю медицинских услуг, предусмотренный пунктом 1.1 настоящего Договора, сократится либо оказание медицинских услуг в рамках настоящего Договора окажется невозможным, Стороны подписывают уточненный Перечень платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю по настоящему Договору (Приложение 1).

1.9. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору, возникшей по вине Потребителя, оплата медицинских услуг осуществляется Заказчиком в объеме фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору.

1.10. Потребитель подтверждает, что до заключения Договора Исполнитель уведомил его о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с частью 3 статьи 27 Федерального закона "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.

1.11. На момент заключения договора Исполнителем доведена до Заказчика и Потребителя информация о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, в том числе, почтовый адрес/адрес электронной почты, на которые может быть направлено обращение (жалоба).

1.12. Заказчик и Потребитель подтверждают, что до заключения настоящего Договора ознакомлены с порядком оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи (при наличии), в соответствии и с учетом которых оказываются платные медицинские услуги, а также с информацией о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.13. Заказчик и Потребитель подтверждают, что до заключения настоящего Договора ознакомлены с информацией об уровне профессионального образования и квалификации медицинских работников, оказывающих платные медицинские услуги.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1 Права Исполнителя:

2.1.1. Самостоятельно определять характер, длительность лечения и объем медицинских услуг, а также требовать у Пациента сведения и документы, необходимые для эффективного лечения в случае предыдущего лечения Потребителя в других медицинских организациях.

- 2.1.2. Требовать от Потребителя выполнения назначений врача в соответствии с избранным лечением.
- 2.1.3. При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних специалистов.
- 2.1.4. Отказаться от исполнения обязательства по настоящему Договору в одностороннем порядке при возникновении объективной невозможности обеспечить безопасность медицинской услуги и (или) при возникновении медицинских противопоказаний для предоставления медицинской услуги, а также в случае неоплаты (частичной оплаты) Заказчиком медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором.
- 2.1.5. В случае прекращения исполнения обязательства по настоящему Договору вернуть Заказчику сумму по Договору, за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательства по Договору.

2.2 Обязанности Исполнителя:

- 2.2.1 Оказывать медицинские услуги Потребителю, предусмотренные пунктом 1.1 настоящего Договора.
- 2.2.2 Информировать Заказчика о предстоящей стоимости оказания медицинских услуг, а также о возможности доплаты, связанной с увеличением объема предоставляемых медицинских услуг.
- 2.2.3 Предоставлять при заключении Договора Заказчику и Потребителю в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках федеральной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве. При этом отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.
- 2.2.4 Предоставлять при заключении Договора по требованию Потребителя в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:
- а) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
 - б) другие сведения, относящиеся к предмету договора.
- 2.2.5 Извещать Заказчика и Потребителя о невозможности оказания медицинских услуг по настоящему Договору, а также об обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг.
- 2.2.6 Предоставлять Потребителю по его требованию бесплатную, доступную и достоверную информацию о режиме работы Исполнителя, предоставляемых им медицинских услугах с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения медицинских услуг.
- 2.2.7 В соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сохранять конфиденциальность персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну.
- 2.2.8 Выдавать Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации документ, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг.
- 2.2.9 Оформлять и вести необходимую медицинскую документацию в отношении Потребителя.
- 2.2.10 По запросу Потребителя (законного представителя Потребителя) выдавать ему после исполнения договора медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), результаты осмотров, консультаций, лабораторных и инструментальных исследований, выписной эпикриз, отражающие состояние его 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, без взимания дополнительной платы незамедлительно в момент обращения. При необходимости (по письменному запросу Потребителя (законного представителя Потребителя), правоохранительных органов, суда или иной необходимости) выдавать в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня получения запроса электронную историю болезни (сведения из электронной истории болезни) пациента на бумажном носителе, путем формирования копии электронной истории болезни с заверением ее УКЭП уполномоченного лица, распечатывания ее бумажного образца и заверения собственноручной подписью уполномоченного лица и печатью Исполнителя. Распечатанная копия электронной истории болезни нумеруется по номеру электронной истории болезни. Копия истории болезни может быть выгружена на электронный носитель без распечатывания.
- 2.2.11 По требованию Заказчика и (или) Потребителя без взимания дополнительной платы устранять недостатки, выявленные в процессе оказания медицинских услуг при наличии таковых.
- 2.2.12 Сообщать Заказчику о случаях нарушения Потребителем медицинских предписаний и о выявлении у Потребителя заболеваний, являющихся основанием для отказа в оказании медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего договора. Медицинская помощь в подобном случае может быть оказана Потребителю по усмотрению Исполнителя.
- 2.2.13 При предъявлении Потребителем 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".
- 2.2.14 Соблюдать требования нормативных правовых актов Российской Федерации, регулирующих вопросы оказания платных услуг, включая требование осуществлять их оказание на основании, и в соответствии с видами деятельности, указанными в лицензии медицинской организации.

2.3 Права Заказчика:

- 2.3.1 Требовать от Исполнителя надлежащего исполнения обязательств в соответствии с условиями настоящего Договора.
- 2.3.2 Обращаться к Исполнителю за возвратом денежных средств за не оказанную услугу по настоящему Договору.
- 2.3.3 Непосредственно знакомиться с действующим Прейскурантом.
- 2.3.4 Если Потребитель по состоянию здоровья не может заверить подписью настоящий Договор, подписывать данный Договор за Потребителя.

2.4 Обязанности Заказчика:

- 2.4.1 Своевременно, в полном объеме и в соответствии с условиями, предусмотренными настоящим Договором, оплатить медицинские услуги, оказываемые Исполнителем по настоящему Договору
- 2.4.2 Надлежащим образом (в порядке, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором) принять оказанные Исполнителем услуги.

2.5 Права Потребителя:

- 2.5.1 Требовать от Исполнителя надлежащего исполнения обязательств в соответствии с условиями настоящего Договора.
- 2.5.2 Отказываться от медицинских услуг по настоящему Договору с возмещением Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с оказанием медицинских услуг по настоящему Договору.
- 2.5.3 Обращаться к Исполнителю за предоставлением сведений о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, информации о медицинской услуге, медицинском работнике, предоставляющем медицинскую услугу.
- 2.5.4 Требовать от Исполнителя представления надлежащим образом оформленных документов в соответствии с условиями настоящего Договора, подтверждающих исполнение обязательств.
- 2.5.5 Непосредственно знакомиться с действующим Прейскурантом, с медицинской документацией, формируемой в отношении Потребителя, получать сведения о квалификации специалистов Исполнителя, оказывающих необходимую медицинскую услугу, а также запрашивать и получать другие сведения, относящиеся к предмету настоящего Договора.

2.5.6 Выбирать специалиста Исполнителя, оказывающего необходимую медицинскую услугу в соответствии с пунктом 1.1 настоящего Договора, если такая услуга предусмотрена Прейскурантом Исполнителя.

2.6 Обязанности Потребителя:

2.6.1 Надлежащим образом (в порядке, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором) принять оказанные Исполнителем услуги.

2.6.2 До начала оказания медицинской услуги, и далее своевременно предоставлять Исполнителю все известные достоверные сведения, которые могут повлиять на ход оказания медицинской услуги и, требующиеся для обеспечения своевременного и качественного оказания медицинской услуги, в том числе предоставить врачу данные предварительных исследований и консультаций специалистов, а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях (СПИД, гепатит, бронхиальная астма, сахарный диабет, туберкулез, заболеваниях сердечно-сосудистой системы, венерических заболеваниях), о переливаниях крови, перенесенных оперативных вмешательствах, инъекциях за последние два года, о контакте с инфекционными больными, принимаемых лекарственных препаратах и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.6.3 Выполнять все рекомендации, указания медицинского персонала Исполнителя, обеспечивающие своевременное и качественное предоставление медицинской услуги, в процессе ее оказания и на период после оказания медицинской услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка, правила поведения пациентов в стационаре, распорядок дня, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.6.4 Не изымать из медицинской карты стационарного больного медицинскую документацию.

2.6.5 Прибыть для получения медицинской услуги в назначенное Исполнителем время. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

2.6.6 При поступлении к Исполнителю для получения медицинских услуг, предусмотренных пунктом 1.1. настоящего Договора, иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность (граждане СНГ и иностранные граждане госпитализируются только при наличии паспорта и миграционной карты).

2.6.7 Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего Договора.

2.6.8 До начала оказания услуги подписать необходимые согласия и (или) отказы, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

2.6.9 Возместить убытки в случае причинения ущерба имуществу Исполнителя.

3. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги по месту своего нахождения в соответствии с лицензией.

3.2. Исполнитель обязуется приступить к оказанию медицинских услуг Потребителю не позднее 5 (пяти) рабочих дней с момента исполнения Заказчиком обязанности, указанной в пункте 2.4.1 настоящего Договора.

3.3. По факту оказания медицинских услуг, Исполнителем составляется Акт(ы) сдачи-приемки оказанных услуг (Приложение № 2 к Договору). Подписываемый Сторонами Акт сдачи-приемки оказанных услуг является подтверждением оказания медицинских услуг Исполнителем Потребителю.

3.4. Заказчик и Потребитель обязуются рассмотреть и подписать Акт сдачи-приемки оказанных услуг в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты получения.

3.5. Услуги считаются оказанными в полном объеме и надлежащего качества с даты подписания Сторонами Акта сдачи-приемки оказанных услуг и подлежат оплате.

3.6. В случае если в срок, указанный в пункте 3.4 настоящего Договора, Заказчиком и Потребителем не подписан Акт и не предоставлен мотивированный отказ от подписания Акта, то предоставленные Исполнителем медицинские услуги считаются оказанными в полном объеме, надлежащего качества и принятыми без каких-либо замечаний, а Акт считается подписанным Сторонами и подлежит оплате.

4. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Оплата медицинских услуг, указанных в пункте 1.1 настоящего Договора, осуществляется Заказчиком в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня подписания Сторонами настоящего Договора до получения услуг Потребителем в российских рублях в размере 100% предоплаты по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на счет Исполнителя. Днем оплаты считается день зачисления денежных средств на счет Исполнителя.

Заказчик при заключении настоящего Договора вносит безналичным переводом на счёт Исполнителя денежные средства в размере _____ в качестве предоплаты за проводимое лечение (авансовый платеж). Оказание медицинских услуг осуществляется Исполнителем по настоящему Договору на сумму, не превышающую размер произведенной предоплаты. Стоимость услуг НДС не облагается на основании подпункта 2, пункта 2, статьи 149 НК РФ. Комиссия банка при переводе денежных средств на расчетный счет Исполнителя, предусмотренная договором между Заказчиком и обслуживающим его банком, оплачивается Заказчиком самостоятельно.

4.2. В случае не предоставления платных медицинских услуг по основаниям, установленным настоящим Договором, уплаченные денежные средства возвращаются Заказчику за вычетом стоимости уже оказанных Потребителю услуг и фактически понесенных расходов по выполнению условий и положений настоящего Договора либо используются для оплаты медицинских услуг при последующих обращениях. В случае, если стоимость медицинских услуг, оказанных Потребителю, окажется меньше суммы внесенного авансового платежа, неиспользованные денежные средства возвращаются Заказчику, либо используются для оплаты медицинских услуг при последующих обращениях. Расчет осуществляется не позднее 15 (пятнадцати) календарных дней со дня подачи Заказчиком соответствующего заявления.

4.3. В случае увеличения объема оказания медицинских услуг в соответствии с пунктом 1.7 настоящего Договора Заказчик обязуется оплатить дополнительные медицинские услуги, как в процессе оказания медицинских услуг, так и по окончании предоставления медицинских услуг по выбору Исполнителя.

4.4. После заключения Договора, в случае отказа Потребителя от получения медицинских услуг, Договор расторгается, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически оказанные ему медицинские услуги и понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору, в размере, указанном в акте приема-передачи оказанных услуг.

4.5. При сокращении объема предоставления медицинских услуг (пункт 1.8 настоящего Договора) и при досрочном расторжении Договора, Исполнитель должен осуществить возврат неиспользованных денежных средств Заказчику по реквизитам, указанным в заявлении Заказчика в течение 15 (пятнадцати) календарных дней.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Исполнитель имеет право отказать Потребителю в оказании медицинских услуг в случае:

- неоплаты Заказчиком стоимости медицинских услуг на условиях, указанных в пункте 4.1 настоящего Договора;
- отказа Потребителя от предоставления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.
- при неисполнении Потребителем рекомендаций медицинского персонала.

5.2. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за качество оказанной медицинской услуги в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало: нарушение Потребителем условий настоящего Договора, несоблюдение Потребителем рекомендаций (указаний) специалистов Исполнителя, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

5.4. Потребитель и Заказчик предупреждены о возможных последствиях и осложнениях при оказании медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором. В случае возникновения осложнений по независящим от Исполнителя причинам, денежные средства, внесенные и использованные по настоящему Договору, не возвращаются.

5.5. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг, в том числе за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной и (или) недостоверной информации, предусмотренной пунктом 2.6.2 настоящего Договора, а также в случаях нарушения требований, установленных пунктами 2.6.3 - 2.6.5, 2.6.7 настоящего Договора.

5.6. За просрочку платежей, за фактически оказанные медицинские услуги, Заказчик уплачивает пеню в размере 1% от суммы выставленного платежа за каждый день просрочки.

5.7. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, Стороны разрешают их путем переговоров.

5.8. Споры, неурегулированные путем переговоров, разрешаются Сторонами в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии, направленной в письменной форме, не может превышать пятнадцати рабочих дней с момента ее получения Стороной.

5.9. Если споры между сторонами не урегулированы в порядке, определенном в пунктах 5.7 и 5.8 настоящего Договора, каждая из сторон в соответствии с законодательством Российской Федерации вправе обратиться с иском в суд.

5.10. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и другие), препятствующих выполнению обязательств по настоящему Договору.

5.11. В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются письменно, в виде дополнительных соглашений, подписанных Сторонами, и считаются неотъемлемой частью настоящего Договора.

6.2. Расторжение Договора допускается по соглашению Сторон, по решению суда или в связи с односторонним отказом Стороны от исполнения по основаниям, указанным в настоящем договоре, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

6.3. Сторона, решившая расторгнуть настоящий Договор, должна не позднее 10 (десяти) рабочих дней до предполагаемого дня расторжения направить другой Стороне по адресу, указанному в разделе 8 настоящего Договора, письменное уведомление о намерении расторгнуть Договор.

6.4. При расторжении Договора Стороны определяют и производят взаиморасчеты по возмещению фактически понесенных расходов по Договору.

6.5. Предоставленное настоящим Договором и законодательством Российской Федерации право на односторонний отказ от Договора (исполнение Договора) может быть осуществлено Сторонами путем уведомления другой Стороны об отказе от Договора (исполнения Договора). Договор считается расторгнутым с момента получения одной Стороной письменного уведомления об отказе от Договора (исполнения Договора) от другой Стороны.

6.6. Уведомление об одностороннем расторжении Договора направляется (передается) другой Стороне с использованием любых средств связи и доставки, обеспечивающих фиксирование данного уведомления и получение подтверждения о его вручении другой Стороне (направления другой Стороне).

6.7. В случае неполучения Потребителем уведомления об одностороннем расторжении Договора, Договор считается расторгнутым по истечению 30 (тридцати) календарных дней с даты направления уведомления Исполнителем.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания и действует до «___» _____ 20__ г., а в части расчетов до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

7.2. Стороны пришли к согласию о том, что при подписании настоящего Договора, приложений к нему, а также актов, дополнительных соглашений и иных документов, относящихся к настоящему Договору, допускается использование подписи с применением средств факсимильного воспроизведения подписи, которая приравнивается к собственноручной подписи подписавшего документ лица — что не противоречит требованиям статьи 160 Гражданского кодекса Российской Федерации. Стороны гарантируют, что использованная подпись факсимиле соответствует собственноручной подписи подписавшего документ лица.

7.3. Дополнительные соглашения к настоящему Договору, а также все приложения к нему являются его неотъемлемой частью.

7.4. Документы по настоящему Договору, а также извещения и сообщения, подписанные Сторонами (уполномоченными представителями Сторон) собственноручной подписью либо текстовым аналогом собственноручной подписи, переданные при помощи средств факсимильной или электронной связи по адресу, указанному в разделе 8 настоящего Договора и принятые ими в ходе исполнения настоящего Договора, имеют полную юридическую силу и могут быть использованы в качестве письменных доказательств (содержащаяся в них информация является обязательной для Сторон, считается достоверной и достаточной).

7.5. В целях оказания услуг по настоящему Договору и соблюдения законодательства о хранении и ведении медицинской документации Потребитель дает Исполнителю свое согласие на обработку персональных данных Потребителя, в том числе сведений, составляющих врачебную тайну, в объеме и способами, предусмотренными федеральными законами от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для целей Исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

7.6. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

7.7. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:	Заказчик:	Потребитель:
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 31 имени академика Г.М. Савельевой Департамента здравоохранения города Москвы»	Фамилия: _____ Имя: _____ Отчество (при наличии): _____	Фамилия: _____ Имя: _____ Отчество (при наличии): _____
ГБУЗ «ГКБ № 31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ»		

Место нахождения: 119415, г. Москва, ул. Лобачевского,
д. 42, стр. 1
Адрес электронной почты (e-mail):
www.gkb-31.ru
Телефоны: +7 (495) 700-31-31
ИНН 7729123204 КПП 772901001
Получатель платежа:
Департамент Финансов города Москвы (ГБУЗ
«ГКБ №31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ»
Лицевой счет: 2605441000680161
Расчетный счет: 03224643450000007300
Корреспондентский счет: 40102810545370000003
БИК 004525988
Банк получателя платежа:
ОКЦ №1 ГУ Банка России по ЦФО/УФК по г. Москве
ОКПО 05006823
ОГРН 1037700216069
ОКТМО 45324000 ОКВЭД 86.10
КБК 05400000000131131022
Главный врач ГБУЗ «ГКБ №31 им. академика Г.М.
Савельевой ДЗМ»

_____/Н.М.Ефремова/
(подпись) (расшифровка)
МП

Паспорт: серия _____ номер _____
Наименование органа, выдавшего
паспорт: _____

Дата выдачи паспорта: _____

Иной документ, удостоверяющий
личность, его реквизиты, кем и когда
выдан: _____

Адрес
проживания: _____

Адрес
регистрации: _____

Адрес для корреспонденции: _____

Телефоны: _____

_____/_____/_____
(подпись) (расшифровка)

Паспорт: серия _____ номер _____

Наименование органа, выдавшего паспорт: _____

Дата выдачи паспорта: _____

Иной документ, удостоверяющий личность,
его реквизиты, кем и когда выдан: _____

Адрес
проживания: _____

Адрес
регистрации: _____

Адрес для корреспонденции: _____

Телефоны: _____

_____/_____/_____
(подпись) (расшифровка)

Перечень платных медицинских услуг

Код для оплаты	Номенклатурный код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Количество, шт.	Стоимость за единицу, руб.	Итого стоимость, руб.
1	2	3	4	5	6
ИТОГО руб., в том числе НДС не облагается					

Стоимость услуг по настоящему Договору составляет: _____
(буквенно-цифровое написание)
(_____) рублей _____ копеек, в том числе НДС не облагается
(указывается словесным способом) (указывается цифровым способом)

на основании подпункта 2 пункта 2 статьи 149 части второй Налогового кодекса Российской Федерации.

Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 31 имени академика Г.М. Савельевой Департамента здравоохранения города Москвы»
ГБУЗ «ГКБ № 31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ»
Место нахождения: 119415, г. Москва, ул. Лобачевского, д. 42, стр. 1
Адрес электронной почты (e-mail):
www.gkb-31.ru
Телефоны: +7 (495) 700-31-31
ИНН 7729123204 КПП 772901001
Получатель платежа:
Департамент Финансов города Москвы (ГБУЗ «ГКБ №31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ»
Лицевой счет: 2605441000680161
Расчетный счет: 03224643450000007300
Корреспондентский счет:
40102810545370000003
БИК 004525988
Банк получателя платежа:
ОКЦ №1 ГУ Банка России по ЦФО/УФК по г. Москве ОКПО 05006823
ОГРН 1037700216069
ОКТМО 45324000 ОКВЭД 86.10
КБК 05400000000131131022
Главный врач ГБУЗ «ГКБ №31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ»

Заказчик:

Фамилия: _____
Имя: _____
Отчество (при наличии): _____
Паспорт: серия _____ номер _____
Наименование органа, выдавшего паспорт: _____
Дата выдачи паспорта: _____
Иной документ, удостоверяющий личность, его реквизиты, кем и когда выдан: _____
Адрес проживания: _____
Адрес регистрации: _____
Адрес для корреспонденции: _____
Телефоны: _____

Потребитель:

Фамилия: _____
Имя: _____
Отчество (при наличии): _____
Паспорт: серия _____ номер _____
Наименование органа, выдавшего паспорт: _____
Дата выдачи паспорта: _____
Иной документ, удостоверяющий личность, его реквизиты, кем и когда выдан: _____
Адрес проживания: _____
Адрес регистрации: _____
Адрес для корреспонденции: _____
Телефоны: _____

(подпись) Л.М.Ефремова/
(расшифровка)
МП

(подпись) / _____
(расшифровка)

(подпись) / _____
(расшифровка)

Приложение 2

к Договору на оказание платных медицинских услуг

от «__» ____ 20__ г. № ____

Форма

**Акт
сдачи-приемки оказанных услуг**

г. Москва

«__» ____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 31 имени академика Г.М. Савельевой Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГКБ № 31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ»), находящееся по адресу: 119415, г. Москва, Ул. Лобачевского, д. 42, стр. 1, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности от «26» февраля 2019 г. № Л041-01137-77/00368500, выданную Департаментом здравоохранения города Москвы, находящимся по адресу: Оружейный переулок, д. 43, Москва, 127006, тел. (499) 251-83-00, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Главного врача Ефремовой Натальи Михайловны, действующей на основании Устава, с одной стороны,

«Заказчик»

(указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) гражданина)

и _____, именуемый (ая) в дальнейшем

«Потребитель»,

(указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) гражданина)

составили настоящий Акт сдачи-приемки оказанных услуг (далее - Акт) о нижеследующем:

1. Исполнитель в соответствии с Договором на оказание платных медицинских услуг от «__» ____ 20__ г. № ____ (далее - Договор) оказал, а Заказчик и Потребитель приняли фактически оказанные Потребителю _____ (ФИО) следующие медицинские услуги:

Код для оплаты	Номенклатурный код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Количество, шт.	Стоимость за единицу, руб.	Итого стоимость, руб.
1	2	3	4	5	6
ИТОГО руб., НДС не облагается					

2. Стоимость медицинских услуг, фактически оказанных Потребителю по Договору, составляет _____ (_____) рублей _____ копеек, НДС не облагается на основании подпункта 2 пункта 2 статьи 149 части второй Налогового кодекса Российской Федерации.

3. Медицинские услуги оказаны Исполнителем в срок, в полном объеме и надлежащего качества в соответствии с требованиями Договора и полностью приняты Заказчиком и Потребителем.

4. Заказчик и Потребитель не имеют претензий к Исполнителю по качеству, объему, стоимости и срокам оказанных медицинских услуг.

5. Настоящий Акт является основанием для расчета Сторон в соответствии с Договором.

6. Настоящий Акт составлен в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

Исполнитель:

Заказчик:

Потребитель:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 31 имени академика Г.М. Савельевой Департамента здравоохранения города Москвы» ГБУЗ «ГКБ № 31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ»

Место нахождения: 119415, г. Москва, ул. Лобачевского, д. 42, стр. 1.

Адрес электронной почты (e-mail):

www.gkb-31.ru

Телефоны: +7 (495) 700-31-31

ИНН 7729123204 КПП 772901001

Получатель платежа:

Департамент Финансов города Москвы (ГБУЗ «ГКБ №31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ»)

Лицевой счет: 2605441000680161

Расчетный счет: 03224643450000007300

Корреспондентский счет:

40102810545370000003

БИК 004525988

Банк получателя платежа:

ОКЦ №1 ГУ Банка России по ЦФО/УФК по г.

Москве ОКПО 05006823

ОГРН 1037700216069

ОКТМО 45324000 ОКВЭД 86.10

КБК 054000000000131131022

Главный врач ГБУЗ «ГКБ №31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ»

Фамилия: _____

Имя: _____

Отчество (при наличии): _____

Паспорт: серия _____ номер _____

Наименование органа, выдавшего паспорт: _____

Дата выдачи паспорта: _____

Иной документ, удостоверяющий личность, его реквизиты, кем и когда выдан: _____

Адрес проживания: _____

Адрес регистрации: _____

Адрес для корреспонденции: _____

Телефоны: _____

Фамилия: _____

Имя: _____

Отчество (при наличии): _____

Паспорт: серия _____ номер _____

Наименование органа, выдавшего паспорт: _____

Дата выдачи паспорта: _____

Иной документ, удостоверяющий личность, его реквизиты, кем и когда выдан: _____

Адрес проживания: _____

Адрес регистрации: _____

Адрес для корреспонденции: _____

Телефоны: _____

Информированное добровольное согласие пациента на оказание платных медицинских услуг

На основании п.2 ст.19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»,

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

желаю получить платные медицинские услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 31 имени академика Г.М. Савельевой Департамента здравоохранения города Москвы».

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых видах и объемах медицинской помощи.

Мне разъяснено, что медицинскую помощь по моему заболеванию я могу получить бесплатно в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включая диагностические процедуры и лечение, соответствующие моему заболеванию. Я добровольно отказываюсь от реализации своего права на бесплатную медицинскую помощь и настаиваю на получении платных медицинских услуг.

Я гарантирую, что не отношусь к льготным категориям гражданам, которым медицинская помощь должна быть оказана только бесплатно и/или в первоочередном порядке.

Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен (а) оплатить стоимость указанных медицинских услуг в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством. Я осознаю, что оплаченные мной денежные средства возврату не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных договором и действующим законодательством, и обязуюсь не предпринимать действий по возврату указанных денежных средств за качественно оказанные услуги.

Также до заключения договора я проинформирован о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Все положения настоящего документа мне разъяснены и понятны.

Информацию до Потребителя довел:

(должность, Ф.И.О.)

Подпись Потребителя _____

Дата: «___» _____

**Информированное добровольное согласие пациента
(законного представителя пациента) на медицинское вмешательство, обработку
персональных данных и предоставление сведений, составляющих врачебную тайну
Данный раздел заполняется для пациентов старше 15 лет
(согласие подписывается пациентом самостоятельно)**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество, пациента в именительном падеже в соответствии с документом,
проживающий по адресу: _____
(указывается адрес места жительства пациента)

**Данный раздел заполняется для пациентов младше 15 лет
или иных недееспособных граждан (согласие подписывается законным представителем)**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя в именительном падеже в
проживающий по адресу: _____
(указывается адрес места жительства законного представителя)

являюсь законным представителем (мать, отец, _____
(нужное указать)
пациента (ребенка или гражданина, признанного _____
(нужное указать)

(указываются фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента; дата рождения;
на основании _____
(реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя)

в соответствии с требованиями пункта 5 части 5 статьи 19, части 1 статьи 20, Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя свободно, своей волей, в своих интересах, интересах лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) понимаю значение своих действий, даю медицинской организации

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Городская клиническая больница № 31 имени академика Г.М. Савельевой Департамента здравоохранения города Москвы"

(указывается полное официальное наименование медицинской организации)

(далее – Медицинская организация) свое согласие (далее – Согласие):

1) На следующий(ие) вид(ы) медицинского(их) вмешательства: опрос; осмотр; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; лабораторные методы обследования, функциональные методы обследования, рентгенологические методы обследования; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); проведение инъекций и инфузий; инвазивные и оперативные вмешательства в требуемом объеме, а также необходимое анестезиологическое и реанимационное пособие; трансфузиология; физиотерапия и лечебная физкультура для получения медицинской помощи / получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Городская клиническая больница № 31 имени академика Г.М. Савельевой Департамента здравоохранения города Москвы"

оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях. Медицинским работником _____

(наименование должности медицинского работника, указывается полностью фамилия, имя, отчество)

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, указанных в настоящем Соглашении на любом этапе получения помощи, 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».

2) На предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, любым способом, в том числе на основании письменного заявления, медицинских документов, отражающих состояние моего (лица, законным представителем которого я являюсь) здоровья, акты и заключения, их копии, дубликаты и выписки из медицинских документов следующим гражданам:

(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) доверенного лица;

контактный номер телефона доверенного лица)

3) На обработку Медицинской организацией моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (последнее – при наличии), пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, номера телефонов для связи, адрес электронной почты (при наличии), место жительства, место регистрации, дату регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством

Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС), номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии), место работы (учебы) (наименование организации (учебного учреждения), адрес, занимаемая должность, и т.д.), идентификационный номер налогоплательщика, номер полиса добровольного медицинского страхования (наименование страховой компании), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных: данных об оказании медицинских услуг, о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иных сведений, полученных в результате медицинских исследований.

Указанные персональные данные предоставляю Медицинской организации для обработки в следующих целях:

- в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну;

- обеспечения соблюдения в отношении меня (лица, законным представителем которого я являюсь) законодательства Российской Федерации и города Москвы, в сфере отношений, связанных с получением мной (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования, социальных гарантий и компенсаций по нетрудоспособности;

- осуществления передачи результатов медицинских исследований (лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований) на адрес электронной почты (e-mail), указанный мной в соответствующем запросе, при его подаче и наличии технической возможности;

- реализации оператором своих полномочий и выполнения своих обязанностей, обязательств и компетенций, определенных Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также иными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации и города Москвы.

Предоставляю Медицинской организации право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, в том числе в электронном виде, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Я информирован(а) о том, что:

- персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы Медицинской организацией в страховую медицинскую организацию, в территориальные фонды обязательного медицинского страхования, в органы Фонда социального страхования, в органы власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации. Медицинская организация вправе поручить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, лицам, задействованным в оказании мне медицинской помощи и иных сопутствующих услуг, органам, организациям, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность;

- Медицинская организация вправе обрабатывать мои персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну неавтоматизированным и автоматизированным способами, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные в том числе нормативными правовыми актами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Настоящее Соглашение вступает в силу с даты его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Я информирован(а) о том, что:

1. Лицу, уполномоченному пациентом или его законным представителем на получение сведений о состоянии здоровья, предоставляется возможность знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента (представляемого), а также получать отражающие состояние здоровья пациента (представляемого) медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов, по его заявлению.

2. Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, хранятся у Медицинской организации в течение срока хранения первичных медицинских документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

3. Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться Медицинской организацией только в рамках осуществления возложенных на нее полномочий и обязанностей.

4. В соответствии с частью 4 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, допускается без согласия гражданина или его законного представителя.

5. Настоящее Соглашение может быть мною отозвано в части согласия на обработку персональных данных на основании письменного заявления, направленного в адрес Медицинской организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под подпись ее уполномоченному представителю.

6. В случае отзыва настоящего Соглашения в части согласия на обработку персональных данных Медицинская организация вправе продолжить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, без моего согласия при наличии оснований, предусмотренных законом.

Я удостоверяю, что, права как пациента (законного представителя пациента) и субъекта персональных данных мне разъяснены и понятны, также я сообщил обо всех проблемах, связанных со здоровьем: наличии противопоказаний, имеющихся заболеваниях, кроме того осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение рекомендаций и самостоятельное лечение может негативно сказаться на моем здоровье.

С Правилами внутреннего распорядка и Планом лечения ознакомлен и согласен.

Текст настоящего документа мною прочитан, мне разъяснено назначение настоящего документа, даны ответы на мои вопросы, разъяснения мне понятны.

Дата начала обработки персональных данных: « ____ » _____ 20 ____ г.

Пациент / законный представитель _____ / _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Если пациент, по каким-либо причинам, не может собственноручно подписать настоящее Соглашение, настоящий документ заверяется двумя подписями работников Медицинской организации.

(указываются наименование должности медицинского работника Медицинской организации; подпись; фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) – полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность; дата подписания)

(указываются наименование должности медицинского работника Медицинской организации; подпись; фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) – полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность; дата подписания)

СОГЛАСИЕ на получение рекламных и информационных рассылок

Настоящим Я, _____
(ФИО)

(далее – «субъект персональных Данных»), во исполнение требований ч. 1 ст. 18 Федерального закона от 13 марта 2006 г. № 38-ФЗ «О рекламе» свободно, своей волей и в своем интересе даю свое согласие Государственному бюджетному учреждению города Москвы «Городская клиническая больница №31 им. академика Г.М. Савельевой» Департамента здравоохранения города Москвы» (юридический адрес: г. Москвы, ул. Лобачевского д. 42, ИНН: 7729123204, (далее – Учреждение), на направление мне информационных/рекламно-информационных рассылок об услугах и деятельности Учреждения.

1. Согласие дается на получение рекламных рассылок следующими способами:

- ☐ sms-рассылки на номер телефона _____;
- ☐ по адресу электронной почты _____;
- ☐ сообщения в социальных сетях (Вконтакте и мессенджере Telegram).

2. Настоящим я гарантирую достоверность предоставленных мною контактных данных и, что указанные мною при заполнении анкеты-заявки номер телефона, адрес электронной почты, принадлежат мне. В случае прекращения использования мною номера телефона или адреса электронной почты, я обязуюсь незамедлительно проинформировать об этом Учреждение. Указывая номер телефона и/или адрес электронной почты в анкете-заявке, принадлежащий третьему лицу, я гарантирую, что получил согласие от указанного третьего лица на обработку его персональных данных и на получение рекламных рассылок от Учреждения в соответствии с настоящим Согласием и гарантирую предоставление такого согласия по запросу Учреждения.

3. Настоящим я даю согласие Учреждению на передачу предоставленных мною персональных данных – фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, адрес электронной почты, третьим лицам в целях осуществления деятельности по направлению мне сообщений рекламного и иного информационного характера об услугах и деятельности Учреждения, а также (в обезличенном виде) в маркетинговых, статистических и иных научных целях. Такие третьи лица имеют право на обработку персональных данных на основании настоящего согласия. Право выбора компаний, осуществляющих рассылку, предоставляется Учреждению без дополнительного согласования.

4. Я уведомлен о том, что в любой момент согласие также может быть отозвано мной или моим представителем путем направления письменного заявления (с указанием своей фамилии, имени, отчества (при наличии), номера телефона, адреса электронной почты, которые я сообщал) Учреждению по юридическому адресу Учреждения или его представителю.

5. Согласие действует всё время до прекращения рассылки рекламно-информационных сообщений или до дня отзыва настоящего Согласия в соответствии с пунктами 4 настоящего Согласия.

подпись

расшифровка подписи

дата заполнения