

Закключая настоящий договор, Пациент (Заказчик) проинформирован о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную 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 Пациента. (Постановление правительства РФ от 4 октября 2012 г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»).

\_\_\_\_\_/ФИО

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_ на оказание платных медицинских услуг**

г. Нижний Новгород

«\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

ООО «НИКА СПРИНГ НН», именуемое в дальнейшем «Медицинский Офис», имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО-52-01-006370 от 14 февраля 2019г в лице администратора \_\_\_\_\_ действующей на основании доверенности от \_\_\_\_\_ и Приказа от \_\_\_\_\_, с одной стороны, и Гражданин(ка)

\_\_\_\_\_, именуемый(ая)

в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили на стоящий Договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

В соответствии с настоящим Договором Медицинский Офис обязуется оказывать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Пациент обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг, а также выполнять требования Медицинского Офис, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений;

Пациентом может являться Заказчик или иное лицо собственноручно указанное Заказчиком в данном пункте договора:

Пациент

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О., адрес, контактный телефон);

1.3. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Пациенту, оговариваются действующим прейскурантом Медицинского Офиса По медицинским показаниям и/или с согласия Пациента ему могут быть оказаны и иные услуги, стоимость которых согласовывается Медицинским Центром с Пациентом или его представителем дополнительно;

1.4. При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются действующим российским законодательством, регулирующим предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями;

Гарантийные обязательства Медицинского Офиса по качеству предоставленных услуг оформляются сторонами дополнительно. Их срок и прочие условия согласовываются сторонами дополнительно в зависимости от характера лечения и иных его особенностей.

Перечень услуг, которые предоставляются по настоящему договору и их стоимость определяются Актами выполненных работ (оказанных услуг), которые являются неотъемлемыми частями настоящего договора.

**2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

2.1. Медицинский Офис оказывает услуги по настоящему Договору по адресу: \_\_\_\_\_

2.2. Медицинский Офис оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Медицинского Офиса и доводятся до сведения Пациента;

2.3. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием. Предварительная запись Пациента на прием осуществляется через регистратуру Медицинского Офиса посредством телефонной связи или лично. Телефон регистратуры: \_\_\_\_\_;

В особых случаях, при наличии организационной возможности, услуги предоставляются Пациенту без предварительной записи и/или вне установленной очереди.

**3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Пациентом в полном объеме в день оказания услуги, если иной порядок не предусмотрен настоящим Договором или соглашением сторон;

3.2. Оплата услуг Медицинскому Офису производится Пациентом любыми способами, не запрещенными законодательством РФ;

3.3. Оплата лабораторных услуг (в т.ч. выполнение анализов) оплачивается Пациентом в полном объеме (предоплата) в момент подписания настоящего Договора.

**4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

4.1. Медицинский Офис обязуется:

4.1.1. Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего Договора;

4.1.2. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке;

4.1.3. Обеспечить Пациента в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации специалистов;

4.1.4. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов и/или сотрудников медицинских учреждений, имеющих с Медицинским Офисом договорные отношения;

4.1.5. Обеспечить Пациенту непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Пациента или его представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Пациента;

4.1.6. Пациент имеет право на выбор врача;

4.2. Медицинский Офис вправе отказаться в исполнении договора в следующих случаях:

- невыполнения Пациентом назначений врача,
- грубого и неуважительного отношения к персоналу Медицинского Офиса,
- явки Пациента на прием в состоянии алкогольного (остаточного), наркотического опьянения,
- не оплаты Пациентом полученных медицинских услуг,

выявления факта невозможности оказания медицинских услуг по медицинским показаниям;

врач вправе отказаться от лечения и наблюдения пациента с соблюдением условий ст. 70 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в т.ч. при невозможности установить с пациентом отношения терапевтического сотрудничества.

Отказ Медицинского Офиса от исполнения договора влечет его расторжение. При этом денежные средства, уплаченные Медицинскому Офису за фактически оказанные услуги, возврату не подлежат;

4.3. Права и обязанности Пациента:

4.3.1. Пациент имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения;

4.3.2. Информация, содержащаяся в медицинских документах Пациента, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия Пациента только по основаниям, предусмотренным в Правилах предоставления услуг Медицинского Офиса и действующим законодательством РФ;

4.3.3. Пациент имеет право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. 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. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Пациентом или его представителем, а также медицинским работником;

4.3.4. Пациент обязуется надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Медицинский Офис о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Пациентом настоящего Договора;

4.3.5. Пациент обязуется заблаговременно информировать Медицинский Офис о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги. В случае опоздания Пациента более чем 20 (Двадцать) минут по отношению к назначенному Пациенту времени получения услуги, Медицинский Офис оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги.

4.3.6. Пациент информирован о программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и выражает добровольное согласие на проведение медицинских услуг по оказанию медицинской помощи за плату.

4.3.7. Пациент проинформирован о возможности озвучить мнение об оказании медицинских услуг, Анкета пациента находится на рецепшене у администратора.

Пациент обязуется в случае изменения одного или нескольких средств связи, перечисленных в «Форме информационного согласия на предоставление результатов обследования состояния здоровья и планируемого лечения», уведомить о данном изменении Медицинский Офис в письменном виде. В противном случае Медицинский Офис не несет ответственность за передачу конфиденциальной информации по незащищенным каналам связи о состоянии здоровья, включая результаты лабораторных исследований, при изменении одного или нескольких средств связи, указанных в «Форме информационного согласия на предоставление результатов обследования состояния здоровья и планируемого лечения», без соответствующего уведомления Пациентом Медицинского Офиса, определенного настоящим пунктом.

## **5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

5.1. Медицинский Офис обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна);

5.2. С согласия Пациента или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента;

5.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его представителя допускается в целях обследования и лечения Пациента, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

## **6. ОБРАБОТКА ПЕРСОНАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ**

6.1. Заключая настоящий Договор, Пациент в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, и статей 93, 94 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.11N 323-ФЗ, подтверждает свое согласие на обработку Медицинским Офисом его персональных данных с предоставлением права осуществления всех действий (операций) с персональными данными без использования средств автоматизации персональных данных;

6.2. Персональные данные включают в себя: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии здоровья Пациента, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг;

В процессе оказания Медицинским Офисом медицинской помощи Пациент предоставляет право медицинским работникам передавать его персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Медицинского Офиса, в интересах обследования и лечения Пациента.

## **7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

7.1. Стороны договора несут ответственность за нарушение обязательств по настоящему договору в соответствии с действующим законодательством РФ;

7.2. Медицинский Офис несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Пациенту неисполнением или ненадлежащим исполнением условий настоящего договора, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента в соответствии с законодательством РФ;

7.3. Медицинский Офис освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ;

7.4. В случае нарушения Пациентом пунктов 3.1. настоящего Договора Пациент уплачивает Медицинскому Офису пеню в размере 0,2% от общей суммы задолженности за каждый день просрочки.

## 8. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

8.1. Споры и разногласия по настоящему договору решаются путем принятия сторонами мер по их урегулированию в досудебном претензионном порядке. Ответ на письменную претензию представляется другой стороной в течение 10 рабочих дней после ее получения.

Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в суде по месту нахождения Медицинской клиники, в соответствии с действующим законодательством РФ.

## 9. ФОРМА ИНФОРМАЦИОННОГО СОГЛАСИЯ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ, СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ПЛАНИРУЕМОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Я, \_\_\_\_\_, информирован(а) и подтверждаю свое согласие с тем, что единственным конфиденциальным и точным способом передачи мне информации о состоянии моего здоровья, включая результаты лабораторных исследований, является личная беседа с моим лечащим врачом. Я понимаю, что ни один из других способов передачи сведений о состоянии моего здоровья не может гарантировать точной интерпретации этих сведений.

В соответствии со статьями №№ 13, 19 п.5, 20, 22 «Основ законодательства об охране здоровья граждан» ФЗ РФ от 21.11.11 №323-ФЗ я прошу разрешить лечащему врачу предоставлять мне информацию, в том числе и результаты анализов, одним или несколькими средствами связи из перечисленных ниже (указать прописью):

- Только при личной беседе с лечащим врачом в клинике \_\_\_\_\_ (лично)
- Телефон \_\_\_\_\_ (указать номер) \_\_\_\_\_ (кодовое слово)
- E-mail \_\_\_\_\_ (указать адрес электронной почты)

Я также понимаю, что информация, полученная мною от сотрудников медицинского учреждения, не являющихся моим лечащим врачом или зав. отделением, может носить только справочный характер и не при каких обстоятельствах не может быть использована мною в целях лечения, диагностики или иных действий, направленных на изменение состояния моего здоровья, кроме случаев оказания мне экстренной, неотложной помощи.

В соответствии со статьями №№ 19 п.5, 22 ФЗ РФ от 21.11.11 №323-ФЗ «Основ законодательства об охране здоровья граждан» прошу предоставить информацию о состоянии моего здоровья

**лично мне \_\_\_\_\_ моему представителю**

**(прописью ФИО представителя, контактная информация)**

В случае изменения одного или нескольких средств связи из перечисленных выше, обязуюсь уведомить в письменном виде сотрудников медицинского учреждения (административный персонал).

## 10. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного выполнения сторонами обязательств по настоящему договору;

9.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по одному экземпляру для каждой из сторон договора;

9.3. Все изменения и дополнения к настоящему договору оформляются в письменной форме, и подписываются уполномоченным на это лицами;

9.4. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ;

9.5. Пациент (и лицо, которому предоставляются услуги в соответствии с пунктом 9.4.) ознакомлен с «Правилами предоставления медицинских услуг в ООО «НИКА СПРИНГ НН».

9.6. Подписывая настоящий договор, Пациент соглашается с получением краткой информации рекламного характера об услугах ООО "НИКА СПРИНГ НН" путем СМС, Viber-рассылки, рассылки по электронной почте или почтовой рассылки в соответствии с указанными Заказчиком реквизитами.

## 10. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

### Медицинский офис:

ООО «НИКА СПРИНГ НН»

Р/с 40702810629080001453

ФИЛИАЛ «НИЖЕГОРОДСКИЙ» АО «АЛЬФА-БАНК»

К/с 3010181020000000824

БИК 042202824 ОГРН 1135260014306

ИНН 5260368469 КПП 526001001

Юр. адрес: 603006, Нижний Новгород, пер. Могилевича, д. 7, пом. 1

Почтовый адрес 603006, Нижний Новгород, пер. Могилевича, д. 7, пом. 1

Администратор

действующий на основании доверенности от \_\_\_\_\_

М.П.

### Заказчик:

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_

от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Место регистрации: \_\_\_\_\_

тел. \*

обращаем Ваше внимание на то, что если телефон не указан, мы не сможем своевременно информировать Вас об изменениях в работе клиники и расписании врачей

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

г. Нижний Новгород

«\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, и статей 93, 94 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.11N 323-ФЗ,

я (ФИО полностью) \_\_\_\_\_  
подтверждаю свое согласие на обработку ООО «НИКА СПРИНГ НН» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - 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. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ДМС между Оператором и страховой медицинской компанией.

**Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по указанному выше договору на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской компанией 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, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.**

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

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

Настоящее согласие дано мной в день подписания настоящего Договора 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 расписку 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 мне до этого медицинской помощи;
- б) по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

**Оператор :**

ООО «НИКА СПРИНГ НН»

Р/с 40702810629080001453

ФИЛИАЛ «НИЖЕГОРОДСКИЙ» АО «АЛЬФА-БАНК»

К/с 3010181020000000824

БИК 042202824 ОГРН 1135260014306

ИНН 5260368469 КПП 526001001

Юр. адрес: 603006, Нижний Новгород, пер. Могилевича, д.7, пом.1

Почтовый адрес 603006, Нижний Новгород, пер. Могилевича, д.7, пом.1

Администратор \_\_\_\_\_, действующий  
на основании доверенности от «\_\_» \_\_\_\_\_ 2\_\_ г. \_\_\_\_\_

Пациент \_\_\_\_\_

**1. Общие положения**

1.1. ООО «НИКА СПРИНГ НН» (далее - «Медицинский офис») предлагает Заказчику (далее – клиент, пользователь) использовать возможность ознакомления с результатами медицинских обследований через свои сервисы на условиях, изложенных в настоящем Пользовательском соглашении (далее — «Соглашение»), посредством использования клиентом сети Интернет. Соглашение вступает в силу с момента выражения Пользователем согласия с его условиями посредством подписания настоящего Соглашения.

1.2. Медицинский офис предлагает Пользователю доступ к личному кабинету Пользователя, размещенному на официальном сайте лаборатории «НИКА СПРИНГ НН», включая размещение и хранения разного рода информации и материалов по медицинским обследованиям, персонализации, информации о работе медицинского центра, специальных предложений.

1.3. Использование личного кабинета регулируется настоящим Соглашением.

1.4. Медицинский офис гарантирует предоставление информации в рамках технических возможностей личного кабинета.

**2. Регистрация Пользователя. Учетная запись Пользователя**

2.1. Начиная использовать личный кабинет, Пользователь проходит процедуру регистрации, посредством предоставления медицинскому центру своих персональных данных необходимых для идентификации Пользователя и получения персональных идентификационных признаков — логин и пароль. После прохождения процедуры регистрации для Пользователя будет создана уникальная учетная запись;

2.2. Для регистрации Пользователь обязуется предоставить достоверную и полную информацию о себе по вопросам, предлагаемым в форме регистрации или договора на оказание платных медицинских услуг (с приложениями), и поддерживать эту информацию в актуальном состоянии. Если Пользователь предоставляет неверную или неактуальную информацию или у медицинского центра есть основания полагать, что предоставленная Пользователем информация неполна или недостоверна, медицинский центр имеет право по своему усмотрению заблокировать либо удалить учетную запись Пользователя и отказать Пользователю в использовании своих сервисов (либо их отдельных функций);

2.3. Клиент использует личный кабинет посредством ввода своих личных данных (логин и пароль).

После подписания договора оказания медицинских услуг, настоящего соглашения и прохождения процедуры регистрации Пользователь, посредством использования сети Интернет на официальном сайте лаборатории «НИКА СПРИНГ НН» или через специальные программы для мобильных устройств осуществляет идентификацию своей учетной записи посредством использования своего личного кабинета, для чего вводит свой логин и пароль. В случае предоставления Клиентом неактуального контактного номера мобильного телефона или недостоверного номера, в случае если данные Пользователя, указанные в предоставленных им документах, не соответствуют данным, указанным при регистрации, а также в случае, когда данные, указанные при регистрации, не позволяют идентифицировать пользователя, Медицинский офис вправе отказать Пользователю в доступе к учетной записи и использовании сервисов личного кабинета.

2.4. Персональная информация Пользователя, содержащаяся в учетной записи Пользователя, хранится и обрабатывается Медицинским офисом в соответствии с условиями Политики конфиденциальности, согласованной сторонами в п.5, 6 Договора на оказание платных медицинских услуг.

2.5. В случае возможности самостоятельного выбора логина для доступа к учетной записи Пользователя при регистрации (уникальное символьное имя учетной записи Пользователя) Медицинский офис вправе запретить использование определенных логинов, а также устанавливать требования к логину (длина, допустимые символы и т.д.).

2.6. Пользователь самостоятельно несет ответственность за безопасность (устойчивость к угадыванию) выбранного им пароля, а также самостоятельно обеспечивает конфиденциальность своего пароля. Пользователь самостоятельно несет ответственность за все действия (а также их последствия) в рамках или с использованием сервисов Медицинского офиса под учетной записью Пользователя, включая случаи добровольной передачи Пользователем данных для доступа к учетной записи Пользователя третьим лицам на любых условиях (в том числе по договорам или соглашениям). При этом все действия в рамках или с использованием сервисов личного кабинета под учетной записью Пользователя считаются произведенными самим Пользователем, за исключением случаев, когда Пользователь, в порядке, предусмотренном п. 2.7. Соглашения, уведомил Медицинский офис о несанкционированном доступе к сервисам личного кабинета с использованием учетной записи Пользователя и/или о любом нарушении (подозрении о нарушении) конфиденциальности своего логина.

2.7. Пользователь обязан немедленно уведомить медицинский офис о любом случае несанкционированного (не разрешенного Пользователем) доступа к сервисам личного кабинета с использованием учетной записи Пользователя и/или о любом нарушении (подозрении о нарушении) конфиденциальности своего логина путем письменного обращения. В целях безопасности, Пользователь обязан самостоятельно осуществлять безопасное завершение работы под своей учетной записью (кнопка «Выход») по окончании каждой сессии работы с сервисами личного кабинета. Медицинский офис не отвечает за возможную потерю или порчу данных, а также другие последствия любого характера, которые могут произойти из-за нарушения Пользователем положений этой части Соглашения.

2.8. Использование Пользователем своей учетной записи. Пользователь не в праве воспроизводить, повторять и копировать, продавать и перепродавать, а также использовать для каких-либо коммерческих целей какие-либо части сервисов личного кабинета, или доступ к ним.

**3. Удаление учетной записи Пользователя.**

3.1. Пользователь вправе в любой момент удалить свою учетную запись, обратившись с соответствующим письменным заявлением.

3.2. Удаление учетной записи осуществляется в следующем порядке:

3.2.1. учетная запись удаляется из WEB приложения в течение 7-ми рабочих дней с момента подачи заявления;

3.2.2. по письменному заявлению Пользователя возможно восстановление информации, ранее размещенной в личном кабинете, и доступа в личный кабинет в сроки, установленные администрацией медицинского центра;

**4. Ограничения Пользователя**

4.1. При использовании личного кабинета Пользователь

- не имеет права загружать, посылать, передавать или любым другим способом размещать и/или распространять какие-либо материалы, содержащие вирусы или другие компьютерные коды, файлы или программы, предназначенные для нарушения, уничтожения либо ограничения функциональности любого компьютерного или телекоммуникационного оборудования или программ, для осуществления несанкционированного доступа, а также серийные номера к коммерческим программным продуктам и программы для их генерации, логины, пароли и прочие средства для получения несанкционированного доступа к платным ресурсам в Интернете, а также размещения ссылок на вышеуказанную информацию;

несанкционированно собирать и хранить персональные данные других лиц; нарушать нормальную работу сервисов Медицинского офиса; размещать ссылки на ресурсы сети, содержание которых противоречит действующему законодательству РФ; другим образом нарушать нормы законодательства, в том числе нормы международного права.

**5. Исключительные права на содержание сервисов**

5.1. Все объекты, доступные при помощи сервисов Медицинского офиса, в том числе элементы дизайна, текст, графические изображения, иллюстрации, видео, программы для ЭВМ, базы данных, звуки и другие объекты (далее – содержание сервисов), размещенные на сервисах Медицинского офиса являются объектами исключительных прав Медицинского офиса и других правообладателей.

5.2. Использование личного кабинета, возможно только в рамках функционала, предлагаемого сервисом личного кабинета для ознакомления с результатами медицинского обследования. Никакие элементы содержания сервисов Медицинского офиса, не могут быть использованы иным образом без предварительного разрешения правообладателя. Под использованием подразумеваются, в том числе: воспроизведение, копирование, переработка, распространение на любой основе и т.д.

**6. Ограничение ответственности:** Медицинский офис не гарантирует, что сервис будут предоставляться непрерывно, поскольку в соответствии с настоящим соглашением Медицинский офис предоставляет Пользователю безвозмездное пользование личным кабинетом с целью удобства Клиента для ознакомления с результатами медицинского обследования, тогда когда использование сети Интернет Клиент осуществляет самостоятельно, на возмездной основе и по тарифам оператора связи.

**7. Иные положения:**

7.1. Ввиду безвозмездности услуг, оказываемых в рамках настоящего Соглашения, нормы о защите прав потребителей, предусмотренные законодательством Российской Федерации, не могут быть применимыми к отношениям между Пользователем и Медицинским офисом по предоставлению сервиса личного кабинета на официальном сайте лаборатории.

7.2. Если по тем или иным причинам одно или несколько положений настоящего Соглашения будут признаны недействительными или не имеющими юридической силы, это не оказывает влияния на действительность или применимость остальных положений Соглашения.

7.3. Настоящее Соглашение составлено на русском языке, в двух подлинных экземплярах, один – для медицинского центра, второй – для клиента и является неотъемлемой частью Договора на оказание платных медицинских услуг.

**Исполнитель:**

ООО «НИКА СПРИНГ НН»

Р/с 40702810629080001453

ФИЛИАЛ «НИЖЕГОРОДСКИЙ» АО «АЛЬФА-БАНК»

К/с 30101810200000000824

БИК 042202824 ОГРН 1135260014306

ИНН 5260368469 КПП 526001001

Юр. адрес: 603006, Нижний Новгород, пер.Могилевича, д.7, пом.1

Администратор \_\_\_\_\_, действующий

**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**

Я /законный представитель пациента,  
в целях эффективного и качественного лечения Исполнителем (моего/моего ребенка ), зарегистрированный по адресу:

(Ф.И.О. пациента, адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «НИКА СПРИНГ НН»  
Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым 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 моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

**Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

(в соответствии с Приказом Министерства Здравоохранения и Социального Развития РФ от 23 апреля 2012г. № 390н)

1. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование, в том числе с применением инструментальных методов (осмотр в зеркалах, кольпоскопия и т.д.), ректальное исследование.
2. Антропометрические исследования.
3. Термометрия
4. Тонометрия.
5. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
6. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
7. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
8. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
9. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
10. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
11. Диагностические снимки, диагностические мероприятия, которые врач считает необходимыми в соответствии со стандартами, действующими приказами Минздравсоцразвития и существующей медицинской практикой
12. Диагностические снимки, диагностические мероприятия, которые врач считает необходимыми в соответствии со стандартами, действующими приказами Минздравсоцразвития и существующей медицинской практикой.
13. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрисуставно.
14. Лечение с привлечением любого ассистента или врача, участие которых в моем лечении будет необходимым.
15. Медицинский массаж.
16. Лечебная физкультура.
17. Забор крови является болезненной манипуляцией. Возможны осложнения при осуществлении забора крови. Не исключается неудачный результат, проведение повторных попыток забора крови. При неудачном результате можем предложить проведение повторной манипуляции по забору крови на другой день в нашем медицинском офисе/медицинском центре. После забора крови в месте прокола может возникнуть гематома, покраснение, боль, которые проходят спустя несколько дней. При заборе крови у детей возможны осложнения из-за особенностей детского организма и эмоционального состояния ребенка, не исключается просьба к родителям со стороны медицинского персонала в помощи по контролю действий ребенка для максимального исключения осложнений.
18. Забор мазков, соскобов, мазков-отпечатков, в том числе, для исследования органов мочеполовой системы у мужчин и женщин.

Мною были заданы медицинскому работнику все интересующие меня вопросы о сути и условиях предстоящих процедур и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Мне понятен мой диагноз, разъяснено, что ряд заболеваний не поддается полному излечению, а только стабилизации. До меня доведена информация о возможности неэффективности лечения вследствие особенностей моего организма, особенностей течения заболевания.

Я ознакомлен(а), что в ходе лечебно-диагностического процесса могут возникнуть осложнения, связанные с особенностями моего организма, степенью тяжести заболевания, нарушениями выполнения рекомендаций врача, а именно: аллергические реакции, обострение хронических и инфекционных заболеваний, кровотечение, повышение температуры тела, болевая реакция и т.п..

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению и/или к выполнению медицинских процедур на предложенных условиях.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_