**ДОГОВОР № Заполнить №**

**оказания платных медицинских услуг**

**г. Москва Заполнить дату г.**

Общество с ограниченной ответственностью «ДИАМЕД», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Колобова Ивана Васильевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и **Заполнить(ООО,ЗАО и т.д.)** «**Заполнить(название компании)**», именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице Генерального директора **Заполнить(ФИО ген. Дир.)**, действующего на основании Устава, с другой стороны, совместно именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

**Термины**

**- Лабораторные исследования** – сложная медицинская услуга по проведению исследований биологического материала физических лиц (далее по тексту, Пациентов), состоящая из двух нижеуказанных этапов (стадий), каждый из которых как самостоятельная услуга имеет законченное значение:

**- Преаналитический этап –** выполняемая Исполнителем стадия Лабораторного исследования, включающая взятие биоматериала, пробоподготовку (аликвотирование, маркировку штрихкодами и т.д.), хранение;

- **Аналитический этап -** стадия Лабораторного исследования биоматериала, выполняемая Исполнителем или привлеченными контрагентами имеющими соответствующие лицензии в лаборатории;

- **Пациент** – физическое лицо, работающее у Заказчика, успешно прошедшее анкетирование (по форме Приложения №3) и допущенное к сдаче биоматериала для Лабораторного исследования (диагностики новой коронавирусной инфекции COVID-2019).

**- Заявка** – предварительный заказ, создаваемый Заказчиком на конкретного Пациента с обязательным указанием его паспортных данных (ФИО Пациента, дата рождения Пациента, серия и номер паспорта, дата и место выдачи, адрес регистрации, адрес фактического проживания, номер телефона) в Личном кабинете;

1. **Предмет договора**

# Исполнитель принимает на себя обязательства по организации оказания платных медицинских услуг – забор биологического материала пациентов Заказчика, доставка в Лабораторию ООО «Лаборатория Гемотест» (ИНН/КПП 7709383571/770201001) включенную в список организаций, уполномоченных на проведение исследований на новую коронавирусную инфекцию (COVID-2019), проведение лабораторных исследований биологического материала Пациентов (диагностики новой коронавирусной инфекции COVID-2019), информированию Пациентов о результатах анализа, информированию уполномоченных государственных органов о результатах анализов, а Заказчик обязуется оплачивать услуги, оказываемые Исполнителем, в порядке и на условиях, установленных настоящим Договором.

1. **Обязанности сторон**

**2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. предоставлять Пациентам Заказчика услуги в соответствии с условиями Договора и требованиями законодательства;

2.1.2. оказывать качественное, полное и своевременное оказание услуг согласно перечню, ценам и в сроки, указанным в счете Исполнителя, а также в соответствии с установленными профессиональными стандартами, нормативами и правилами медицинской деятельности;

2.1.3. направлять своих представителей для выполнения Преаналитического этапа (после оплаты счета согласно п. 3.2. Договора) по адресу: **Заполнить адрес для выезда**.

2.1.4. Исполнитель имеет право привлекать третьих лиц, уполномоченных Роспотребнадзором и имеющих на дату оказания услуг необходимую разрешительную документацию, для оказания услуг по настоящему Договору, оставаясь ответственным за их действия перед Заказчиком как за свои собственные.

**2.2. Заказчик обязуется:**

2.2.1. Создавать сводные заявки на пациентов и направлять на адрес Исполнителя по электронной почте

[covid@diamedcare.ru](mailto:covid@diamedcare.ru).  
2.2.2. обеспечить прохождение анкетирования всеми потенциальными пациентами по форме, приведенной в Приложении № 3 к Договору, с последующим предоставлением заполненных Пациентами анкет представителю Исполнителя;

2.2.3. своевременно и в полном объеме оплачивать услуги Исполнителя в соответствии с условиями п. 3.2. Договора;

2.2.4. информировать Пациентов об обязательных правилах подготовки к взятию биологического материала, указанных на сайте www.gemotest.ru;

2.2.5. в установленном законом порядке получить согласие Пациента на обработку его персональных данных, в том числе на передачу таких данных Исполнителю;

2.2.6. до приезда представителя Исполнителя оказать содействие в подписании Пациентами необходимых для оказания медицинских услуг согласий по форме, приведенной в Приложении № 1 и Приложении № 2.

1. **Стоимость услуг и порядок расчетов**

3.1. Стоимость услуг Исполнителя по настоящему Договору рассчитывается по действующему на день оказания услуг Прайс-листу Исполнителя. НДС не облагается в связи с применением Исполнителем упрощенной системы налогообложения на основании [п. 2 ст. 346.11](http://base.garant.ru/10900200/65fc7828c2d4d833ad6b1fd1a55a4b54/#block_346112) НК РФ.

3.1.1. Стоимость услуг по проведению 1 (одного) анализа с выездом на территорию Заказчика, забором биологического материала для последующих исследований, предоставлением Заказчику результатов исследований.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование исследования | Цена одного исследования | | |
| 10-24 пациентов | 25-99 пациентов | от 100 пациентов |
| Коронавирус, РНК (SARS-CoV-2, ПЦР)  мазок, кач (Готовность 3 суток) | **1800** (одна тысяча восемьсот) рублей | **1600** (одна тысяча шестьсот) рублей | **1500** (одна тысяча пятьсот) рублей |
| Коронавирус, РНК (SARS-CoV-2, ПЦР)  мазок, кач., CITO (Готовность 1 сутки) | **2700** (две тысячи семьсот) рублей | **2550** (две тысячи пятьсот пятьдесят) рублей | **2350** (две тысячи триста пятьдесят) рублей |
| Коронавирус SARS-CoV-2, антитела lgG  (Готовность 1 сутки) | **1300** (одна тысяча триста) рублей | **1200** (одна тысяча двести) рублей | **1100** (одна тысяча сто) рублей |
| Коронавирус SARS-CoV-2, антитела lgM  (Готовность 2 суток) | **1300** (одна тысяча триста) рублей | **1200** (одна тысяча двести) рублей | **1100** (одна тысяча сто) рублей |
| Коронавирус SARS-CoV-2, антитела IgM и IgG (Готовность 2 суток) | **2000** (две тысячи) рублей | **1900** (одна тысяча девятьсот) рублей | **1700** (одна тысяча семьсот) рублей |
| Коронавирус (РНК, lgG, lgM) (Готовность 3 суток) | **3500**  (три тысячи пятьсот) рублей | **3300** (три тысячи триста) рублей | **3000** (три тысячи) рублей |
| Тестирование на коронавирус,  антитела lgG и lgM с помощью  экспресс тестов (Leccurate SARS Cov-2) (Готовность 60 минут) | **1900** (одна тысяча девятьсот) рублей | **1700** (одна тысяча семьсот) рублей | **1500** (одна тысяча пятьсот) рублей |

3.1.2. Стоимость услуг Исполнителя может изменяться при условии обязательного предварительного уведомления Заказчика не менее, чем за 15 календарных дней до предполагаемой даты изменений.

3.2. Заказчик направляет Исполнителю заявку с указанием количества требуемых заборов анализов с выездом на территорию Заказчика и проведению лабораторных исследований. На основании полученной заявки Исполнитель выставляет Заказчику счет. Заказчик по выставленному Подрядчиком счету в течение 3 (Трех) банковских дней производит предварительную оплату. Датой оплаты Заказчиком услуг Исполнителя считается день зачисления денежных средств в полном объеме на расчетный счет Исполнителя.

3.3. Акт оказанных услуг за расчетный период направляется Исполнителем Заказчику в течение 10 (десяти) календарных дней по окончании расчетного периода. Расчетный период совпадает с календарным месяцем.

3.4. С момента получения акта оказанных услуг Заказчик обязуется подписать его и вернуть один экземпляр Исполнителю в течение 5 (пяти) рабочих дней либо письменно предоставить Исполнителю мотивированный отказ от подписания данного Акта. В противном случае, по истечении указанного срока акт оказанных услуг считается подписанным, а оказанные медицинские услуги принятыми Заказчиком, в полном объеме.

3.5. Датой получения Заказчиком комплекта документов признается дата подписания ответственного лица Заказчика в путевом листе в случае доставки курьером либо дата получения, указанная в уведомлении о вручении в случае отправки почтой.

3.6. Исполнитель по мере необходимости направляет Заказчику акты сверки взаимных расчетов по настоящему Договору, которые Заказчик обязуется в течение не более 5-ти рабочих дней с даты получения подтвердить или указать расхождения, заверить печатью и 1 экземпляр предоставить Исполнителю. В противном случае акт считается подписанным без расхождений, а Заказчик – выразившим согласие с содержанием акта.

**4. Порядок оказания услуг**

4.1. Исполнитель оказывает услуги по забору биологического материала, доставки в лабораторию и проведению Лабораторных исследований биологического материала Пациентов Заказчика на основании Заявок Заказчика, с последующим предоставлением результатов анализов на электронную почту Заказчика, указанную р разделе 12 настоящего договора.

4.2. Выезд представителя Исполнителя на указанный в п. 2.1.3. Договора адрес осуществляется не ранее зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, согласно п. 3.2. Договора.

4.3. Дата и время выезда представителей Исполнителя согласуется Сторонами дополнительно, путем обмена сообщениями по электронной почте, указанной в реквизитах Договора.

4.4. Заказчик в день приезда представителя Исполнителя передает последнему подписанные Пациентами оригиналы документов, указанных в п. 2.2.2.

4.5. Исполнитель передает Заказчику результаты исследований по средствам электронной почты.

4.6. Для расчета сроков оказания услуг день поступления биоматериала к Исполнителю считается моментом начала оказания услуг.

4.7. Срок предоставления результатов Лабораторных исследований Заказчику составляет 4 (четыре) календарных дня. В связи с особенностями технологического процесса Исполнителя, а также при необходимости верификации биоматериала (в случае положительного или сомнительного результата исследования) срок предоставления результата исследования может быть увеличен, о чем Исполнитель информирует Заказчика любым доступным средствам двусторонней коммуникации.

**5. Ответственность Сторон**

**5.1. Ответственность Исполнителя:**

5.1.1. В случае некачественного оказания Исполнителем медицинских услуг, подтвержденного актом независимой экспертизы, повторное их оказание и оплата услуг эксперта осуществляются за счет Исполнителя. При этом в качестве экспертных организаций (эксперта) могут привлекаться исключительно организации, входящие в систему Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

5.1.2. Исполнитель не несет ответственности за некачественное и/или несвоевременное оказание услуг, если это произошло по вине Заказчика или несоблюдения Пациентом правил подготовки к исследованиям, указанных на сайте gemotest.ru.

**5.2. Ответственность Заказчика:**

5.2.1. В случае, если при выезде представителя Исполнителя Заказчик не обеспечил возможности представителю Исполнителя осуществить забор биоматериала (отсутствие Пациента/ов), такой выезд Исполнителя считается ложным, а уплаченные Исполнителю денежные средства в размере стоимости Заказа не подлежат возврату Заказчику в полном объеме.

5.2.2. В случае нарушения Заказчиком пунктов 2.2.1., 2.2.2 Исполнитель вправе отказать Пациенту в предоставлении услуг без возврата Заказчику уплаченных денежных средств.

5.2.3. Заказчик гарантирует, что им, в соответствии с действующим законодательством РФ, получены все необходимые согласия от Пациентов на предоставление Исполнителем Заказчику результатов исследований Пациентов. При поступлении Исполнителю соответствующей претензии Пациента, Заказчик обязуется в срок, указанный в письменном требовании Исполнителя предоставить последнему необходимые согласия Пациента, а в случае не предоставления данных документов – возместить Исполнителю все понесенные убытки (в случае их доказанного возникновения) в полном объеме, в десятидневный срок с момента получения уведомления Исполнителя.

**6. Порядок разрешения разногласий**

6.1. В случае несогласия Заказчика с качеством оказания Исполнителем медицинских услуг Заказчик предъявляет Исполнителю претензию в письменном виде. Претензии по результатам исследований (оказанным услугам) принимаются в течение 10 (десяти) календарных дней с момента передачи результата Заказчику. По истечении указанного срока претензии по результатам исследований (оказанным услугам) от Заказчика не принимаются.

6.2. К претензии прилагаются медицинские документы (амбулаторные карты пациентов, данные объективных видов исследования), позволяющие дать оценку результатов исследований в совокупности с клиническими данными конкретного пациента.

6.3. Исполнитель обязан рассмотреть поступившую претензию и направить письменный ответ Заказчику в срок, не превышающий 3 (трех) рабочих дней со дня получения претензии.

6.4. В случае возникновения разногласий между Сторонами по результатам оказанных услуг при наличии биологического материала, поступившего от Заказчика, и технических возможностей исследование может быть проведено Исполнителем повторно.

6.5. Исполнитель не несет ответственности за дальнейшее использование Заказчиком результатов анализов, полученных по данному Договору.

6.6. Все споры, возникающие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров. В случае не достижения Сторонами согласия, споры решаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации в Арбитражном суде г. Москвы.

**7. Форс-мажор**

7.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, а именно: пожара, стихийных бедствий, эпидемиологической обстановки, военных операций любого характера, сбой программного обеспечения и работы анализаторов вследствие отключения электроэнергии и других, не зависящих от Сторон обстоятельств.

7.2. При наступлении обстоятельств, указанных в п.7.1., каждая Сторона должна в течение 3-х дней известить о них другую Сторону. Извещение должно содержать данные о характере обстоятельств, а также оценку их влияния на возможность исполнения Сторонами своих обязательств по настоящему Договору. В случае неизвещения о наступлении обстоятельств непреодолимой силы в установленный настоящим пунктом срок, освобождение от ответственности не применяется к Стороне, нарушившей полностью или частично обязательства по настоящему Договору.

**8. Конфиденциальность**

8.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора. Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того было ли это нарушение совершено преднамеренно или случайно.

8.2. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны.

8.3. Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация:

- сведения о заболеваниях пациентов;

- о форме и содержании Договора;

- о выплатах за услуги, оказанные Исполнителем Заказчику, а также иная информация, разглашение которой может причинить вред интересам Сторон.

**9. Дополнительные положения**

9.1. Изменения и дополнения к настоящему Договору действительны, если они совершены в письменной форме и подписаны полномочными представителями Сторон.

9.2. Настоящий договор составлен в двух идентичных экземплярах по одному для каждой из Сторон. Оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

9.3. Все приложения и дополнения к настоящему Договору, после их оформления в письменном виде и подписания уполномоченными представителями Сторон, являются неотъемлемой частью Договора.

9.4. При изменении адреса, банковских реквизитов Стороны обязуются письменно извещать друг друга о таких изменениях в пятидневный срок. Письменные сообщения, переданные по последнему известному адресу, считаются переданными надлежащим образом. Сторона признается получившей письменное сообщение по истечение 5 (пяти) календарных дней с даты отправки сообщения посредством почтовой связи или курьером по адресу, либо по номеру телефона, указанному в разделе 11 настоящего Договора.

**10. Срок действия договора**

10.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами. Датой подписания признается дата, указанная в преамбуле Договора.

10.2. Настоящий Договор действует в течение неограниченного срока.

10.3. С даты вступления настоящего Договора в силу все имеющиеся договоренности между Сторонами теряют свою юридическую силу, в том числе и ранее подписанные Договоры.

10.4. Действие настоящего Договора может быть приостановлено любой из Сторон, при условии письменного уведомления другой стороны не менее, чем за 10 (десять) календарных дней. Исполнитель оставляет за собой право приостановить действие настоящего Договора в случае фактического прекращения сотрудничества по Договору.

10.5. Любая из Сторон вправе по собственной инициативе расторгнуть настоящий Договор при условии предварительного письменного уведомления другой Стороны не менее, чем за 30 (тридцать) календарных дней.

10.6. Приостановление или расторжение настоящего Договора не освобождает Стороны от ответственности за его нарушение.

10.7. Обязательства сторон прекращаются после завершения между Сторонами всех взаиморасчетов по Договору и подписания соответствующего Акта.

Приложения к договору -

Приложение № 1 – Форма «Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»;

Приложение № 2 – Форма «Согласие на обработку персональных данных»;

Приложение № 3 – Форма «Анкета пациента для прохождения теста на коронавирус SARS-COV-2».

1. **Адреса, реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель: **ООО «ДИАМЕД»**  Юридический адрес:  143085, Московская область, Одинцовский район, рп «Заречье», территория 12 месяцев ЖК, стр. 13, пом. I, к 38  Фактический адрес:  143085, Московская область, Одинцовский район, рп «Заречье», территория 12 месяцев ЖК, стр. 13, пом. I, к. 38  ИНН / КПП 5032297089 / 503201001  р/с 40702810201500057597  в ТОЧКА ПАО БАНКА «ФК ОТКРЫТИЕ»  БИК 044525999  к/с 30101810845250000999  E-mail: [covid@diamedcare.ru](mailto:covid@diamedcare.ru)  Тел. (495)419-23-21 | Заказчик: **Заполнить «Заполнить»**  Юридический адрес: **Заполнить**  Фактический адрес: **Заполнить**  ОГРН **Заполнить**  ИНН / КПП **Заполнить** / **Заполнить**  р/с **Заполнить**  в **Заполнить**  к/с **Заполнить**  БИК **Заполнить**  E-mail: **Заполнить**  Тел. **Заполнить** |

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель: Генеральный директор ООО «ДИАМЕД»  / И.В. Колобов/  М.П. | Заказчик: Генеральный директор ЗАП «**Заполнить**»  / **Заполнить** /  М.П. |

**ФОРМА Приложение № 1 к Договору № Заполнить от Заполнить г.**

**оказания платных медицинских услуг**

**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, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина), «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрирован-ный/зарегистрированная по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (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) .

Медицинским работником 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».

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. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. Пациента/Заказчика)

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Исполнитель: Генеральный директор ООО «ДИАМЕД»    / И. В. Колобов/  М.П. | Заказчик: Генеральный директор ЗАП «**Заполнить**»  / **Заполнить** /  М.П. |  |

**ФОРМА Приложение № 2 к Договору № Заполнить от Заполнить г.**

**оказания платных медицинских услуг**

**Согласие**

**на обработку персональных данных**

**ООО «Лаборатория Гемотест»**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество полностью)*

паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(серия, номер) (когда и кем выдан)*

адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в соответствии со ст. 6, ст.7, ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Лаборатория Гемотест» (ООО «Лаборатория Гемотест»), ИНН 7709383571, ОРГН 1027709005642; юр. адрес: 107045, г. Москва, Рождественский бульвар, д. 21, стр. 2 – Оператор- на обработку, в том числе, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу третьим лицам (в том числе медицинским организациям, участвующим в процессе оказания медицинских услуг, органам государственной и муниципальной власти в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации) (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных с правом обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных, моих нижеперечисленных персональных данных с использованием средств автоматизации и без их использования:

фамилия, имя, отчество; данные документа, удостоверяющего личность (данные паспорта: серия, номер, когда и каким органом выдан, код подразделения); дата рождения; пол; адрес постоянного места жительства; номер телефона; адрес электронной почты; номер страхового полиса ОМС; код льготы; место работы, должность; код диагноза по МКБ; обоснование направления; номер заказа; результаты выполненных лабораторных исследований/оказанных услуг

в составе, необходимом для достижения следующих целей:

оказания медицинских услуг, предоставления мне результатов исследований (в том числе при помощи онлайн-сервиса), предоставления мне ретроспективных данных по оказанным медицинским услугам и результатам исследований, контроля качества медицинских услуг, продвижения услуг путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи, проведения маркетинговых исследований, в целях ответов на поступающие вопросы, претензии. Я предоставляю ООО «Лаборатория Гемотест» право на поручение обработки моих персональных данных другим лабораториям в целях оказания медицинских услуг, сторонним организациям на основании заключенного договора в составе, необходимом для осуществления мне смс и e-mail рассылки, а также в целях уничтожения сторонней организацией на основании заключенного договора бумажных документов, хранящихся в архиве ООО «Лаборатория Гемотест».

Настоящее Согласие действует со дня его подписания в течение 25 (двадцати пяти) лет для хранения моих персональных данных, обрабатываемых в информационных системах ООО «Лаборатория Гемотест», в целях контроля качества обслуживания пациентов, ответа на поступающие вопросы и претензии, а также процесса предоставления сведений по запросам уполномоченных органов, если оно не было отозвано в соответствии со ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие путем представления письменного обращения по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо лично под расписку представителю ООО «Лаборатория Гемотест» по адресу: 107045, г. Москва, Рождественский бульвар, д.21 стр.2 с указанием фамилии, имени, отчества, адреса регистрации, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе, подписи. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Я уведомлен(а) о том, что в случае отзыва настоящего Согласия ООО «Лаборатория Гемотест» вправе продолжить обработку моих персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в пп.2-11 ч.1 ст.6, ч.2 ст.10 и ч.2 ст.11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Подписывая данное согласие, я принимаю Политику в отношении обработки персональных данных, размещенную на сайте Общества.

С порядком и возможными последствиями отзыва настоящего Согласия ознакомлен(а).

Я подтверждаю, что, подписывая настоящее Согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

*(подпись)* *(расшифровка подписи)*

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель: Генеральный директор ООО «ДИАМЕД»    / И. В. Колобов/  М.П. | Заказчик: Генеральный директор ЗАП «**Заполнить**»  / **Заполнить** /  М.П. |

**ФОРМА Приложение № 3 к Договору № Заполнить от Заполнить г.**

**оказания платных медицинских услуг**

**Анкета пациента для прохождения теста на коронавирус.**

|  |  |
| --- | --- |
| *ФИО Пациента* |  |
| *Дата рождения пациента* |  |
| *Адрес фактического проживания* |  |
| *Контактный номер телефона* |  |
| *Серия и номер паспорта* |  |
| *Дата выдачи и кем выдан* |  |
| *Адрес регистрации* |  |
| *Подпись пациента и дата* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель: Генеральный директор ООО «ДИАМЕД»    / И. В. Колобов/  М.П. | Заказчик: Генеральный директор ЗАП «**Заполнить**»  / **Заполнить** /  М.П. |