

сведений о состоянии своего здоровья в или невыполнения указаний лечащего врача, а также вследствие обстоятельств непреодолимой силы, или по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

4.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Заказчиком (Пациентом) условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

4.4. При неисполнении Заказчиком своих обязательств по настоящему договору, Исполнитель не несет ответственности за качество предоставленных услуг.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА.

5.1. Настоящий договор вступает в силу с даты его подписания Сторонами и действует в течении одного года. Договор автоматически пролонгируется на каждый следующий год, если иное не заявлено любой из Сторон за один месяц до истечения срока его действия. Количество пролонгаций не ограничено. В случае выявления у Заказчика (Пациента) противопоказаний к методу диагностики, либо если Заказчик (Пациент) находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, или действия Заказчика (Пациента) угрожают жизни и здоровью медицинского персонала, либо нарушают общественный порядок, Исполнитель вправе в одностороннем внесудебном порядке отказаться от исполнения обязательств по Договору и расторгнуть его, уведомив Заказчика (Пациента) в устной форме. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной и факсимильной подписи на настоящем Договоре.

5.2. Договор может быть прекращен до истечения его срока путем подписания Сторонами соглашения о расторжении договора.

5.3. В случае если при оказании услуг потребуются предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя.

5.4. Оказание дополнительных платных услуг оформляется в виде дополнительного соглашения к действующему на тот момент договору с указанием конкретных медицинских услуг и их стоимость. Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью договора.

5.5. Изменение положений настоящего договора возможно по соглашению Сторон. Все изменения оформляются в письменной форме путем подписания Сторонами Дополнительного соглашения к договору. Все приложения и дополнения являются неотъемлемой частью договора. Дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами.

6. ПОРЯДОК РАБОТЫ С ПРЕТЕНЗИЯМИ.

6.1. При возникновении претензии по качеству оказанной медицинской услуги, Потребитель подает её в письменной форме на почтовый адрес или адрес электронной почты Исполнителя, указанные в разделе договора «Реквизиты сторон». В претензии должны содержаться сведения, достаточные для идентификации Потребителя (ФИО, дата предоставления медицинской услуги и её вид), а также, суть претензии и контактные данные для оперативной связи с Потребителем (телефон, адрес электронной почты и др. сведения).

6.2. В случае поступления претензии Потребителя, Исполнитель направляет ему ответ в отношении заявленных требований в сроки, установленные для удовлетворения требований Потребителя Законом РФ «О защите прав потребителей», а при их отсутствии – в десятидневный срок со дня получения претензии. Ответ направляется по адресу электронной почты, указанному Потребителем в претензии, а при его отсутствии – заказным письмом с уведомлением о вручении, либо иным способом, который позволяет зафиксировать факт направления ответа и его получения Потребителем.

6.3. Все споры и разногласия, возникающие при исполнении настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. По вопросам, не предусмотренным настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

7.2. Подписанием настоящего договора Потребитель подтверждает, что ознакомлен с информацией о качестве медицинской услуги, технологии её оказания, её конкретных исполнителях, о степени риска проводимых лечебно-диагностических процедур при оказании этой услуги, предполагаемых результатах и возможных осложнениях и согласен с данными условиями и информацией.

7.3. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство является неотъемлемой частью настоящего Договора.

7.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

8. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ И ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ.

8.1. Я, ФИО, дата рождения г., в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю ООО «Медиа-Сервис» согласие на обработку и передачу моих персональных данных, в том числе: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату рождения, паспортные данные или данные другого документа, удостоверяющего личность, адрес проживания/прописки/регистрации, телефоны, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские учреждения.

8.2. Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг и осуществление иных, связанных с этим мероприятий. Предоставляю право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Исполнитель вправе обрабатывать мои персональные данные посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Исполнителя. Я даю свое согласие на передачу моих персональных данных в иные медицинские организации в рамках проведения врачебного консилиума. Я знаю, что имею право в любой момент отозвать свое согласие на использование, в т.ч. передачу моих персональных данных посредством направления соответствующего письменного уведомления, которое должно быть направлено заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку.

8.3. Срок, в течение которого действует согласие: со дня его подписания до отзыва в письменной форме.

8.4. Порядок отзыва согласия: отзыв осуществляется путем подачи Потребителем соответствующего письменного заявления Исполнителю.

9. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН.

Исполнитель:

Заказчик (Пациент):

ООО «Медиа-Сервис»

ФИО

654005, Кемеровская область, г.Новокузнецк, Центральный район, ул. Фестивальная, д.5;
ОКПО 16355805, ОГРН 1024201672549,
ИНН 4218023395, КПП 421701001;
ООО «НОВОКИИ», БИК 043209770, К/сч. 3010181090000000770, Р/сч.
40702810400000000767;
ОАО АБ «КУЗНЕЦКВИЗНЕСБАНК», БИК 043209740, К/сч. 30101810600000000740,
Р/сч. 40702810400000003084;
Т/ф (3843) 32-00-53, E-mail:media-service@kuz.ru;
Лицензия : № Л041-01161-42/00571903от 28 апреля 2020г.

дата рождения:
паспорт: серия номер дата выдачи:
выдан:
регистрация:
Контактный телефон:



Директор _____ С.А.Казачков.
М.П.

Подпись _____

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, ФИО (Ф.И.О. гражданина)
г. рождения,

зарегистрированный по адресу:

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 **Обществе с ограниченной ответственностью «Медиа – Сервис»**.
(полное наименование медицинской организации)

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)

(подпись)

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

" " (подпись)

2023. г.

(Ф.И.О. медицинского работника)