

Заявление № ____
о присоединении к Договору публичной оферты на оказание платных медицинских услуг ООО
«Национальный центр клинической морфологической диагностики»

г. Санкт-Петербург

Я, _____
(фамилия, имя отчество)

« ____ » _____ года рождения, место регистрации по адресу:

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____

(название выдавшего органа, код подразделения и дата выдачи),
контактные телефоны: мобильный _____, домашний _____

адрес электронной почты: _____

почтовый адрес (заполняется в случае отличия от адреса регистрации):

[являющийся законным представителем _____,

_____,
(ФИО Пациента несовершеннолетнего/недееспособного лица, полностью),
« ____ » _____ года рождения, что подтверждается _____

серия _____ номер _____ от « ____ » _____ г.
(Документ, удостоверяющий личность)

Выдан _____
(далее по тексту – «Пациент»)],

заявляю, что **ознакомился с условиями Договора публичной оферты** на оказание платных медицинских услуг ООО «Национальный центр клинической морфологической диагностики» в редакции от «05» октября 2022 г. (далее – «Договор»), юридический адрес: 192071, г. Санкт-Петербург, пр. Славы, д. 32, лит.А., ОГРН 1147847305616 (Далее – ООО «НЦКМД») и выражаю свое согласие с изложенными в нем обязательствами и правами Сторон и обязуюсь их соблюдать.

Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю факт того, что мне полностью понятны и разъяснены юридические и иные последствия моего соглашения (акцепта) с предложением (офертой) ООО «НЦКМД». Взаимоотношения Сторон в рамках настоящего Заявления о присоединении к Договору публичной оферты на оказание платных медицинских услуг ООО «НЦКМД» регулируются действующим законодательством РФ.

_____ « ____ » _____ 202__ г.

Подпись _____ ФИО _____ дата _____

Оформленный экземпляр заявления о присоединении к Договору публичной оферты на оказание платных медицинских услуг Общества с ограниченной ответственностью «Национальный центр клинической морфологической диагностики» № _____ получил(а)

Подпись

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____,
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя)
« _____ » _____ года рождения, зарегистрированного по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

В отношении _____
(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)
« _____ » _____ года рождения, зарегистрированного 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 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 «Национальный центр клинической морфологической диагностики» Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

В доступной для меня форме мне разъяснены и понятны цели, методы оказания медицинской помощи при проведении морфологических (цитологических, гистологических, иммуногистохимических, молекулярно-генетических и др.) и/или консультативных исследований, связанных с ними рисками, в т.ч. с объективными (трудности диагностики, редкая встречаемость патологии, малый объем биологического материала и др.) и субъективными (проведение исследования без достаточных клинических, лабораторных, иных данных в направлении и др.) причинами возможных неточных или недостаточно полных заключений.

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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я согласен с тем, что используемые технологии медицинского вмешательства не могут полностью исключить вероятность возникновения неточных или недостаточно полных заключений, обусловленных несоблюдением требований на преаналитическом этапе (нарушение правил взятия биологического материала, правил пробоподготовки, правил транспортировки биологического материала), а также биологическими особенностями организма). В подобных случаях ООО «Национальный центр клинической морфологической диагностики» не несет ответственности за результаты морфологического исследования при условии соблюдения Центром всех необходимых требований при проведении морфологического исследования.

Я получил достаточную информацию и время для принятия решения.

Подписывая настоящее информированное согласие, я подтверждаю, что достаточно проинформирован(а) о преимуществах, недостатках и рисках предстоящего морфологического исследования и удостоверяю, что текст информированного согласия на морфологическое исследование мной прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения меня удовлетворяют.

Я согласен(на), что результаты морфологических исследований, выполненных мне в ООО «Национальный центр клинической морфологической диагностики», и полученные биоматериалы могут быть использованы в научных (исследовательских) целях с учетом сохранения анонимности и врачебной тайны.

На основании ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю согласие на передачу сведений, составляющих мою врачебную тайну (о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении), документов, содержащих мою врачебную тайну, следующему лицу (лицам)

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

Разрешаю отправку сведений, содержащих мою врачебную тайну, на следующий адрес электронной почты:

« _____ » _____ 202 ____ г.

(подпись)

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

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя)

« _____ » _____ года рождения, зарегистрированного по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

В отношении _____
(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)

« _____ » _____ года рождения, зарегистрированного по адресу:

руководствуясь ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Национальный центр клинической морфологической диагностики», юридический адрес 192071, город Санкт-Петербург, пр. Славы, д. 32, лит. А (далее - Оператор) на обработку моих (далее – «Потребителя (Заказчика)») персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, дата рождения, данные документа, удостоверяющего личность (вид, серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ); наименование и реквизиты документа, удостоверяющего полномочия законного представителя Потребителя; адрес места жительства; контактные телефоны, адрес электронной почты; реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

В процессе оказания медицинской помощи я предоставляю право Исполнителю 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, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС и другие органы власти и организации осуществляющие контроль качества оказания мне медицинских услуг с использованием машинных носителей, бумажных носителей информации или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Настоящее Согласие действует бессрочно и может быть отозвано мной посредством составления письменного документа, направленного в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае отзыва Субъектом настоящего согласия Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия Субъекта персональных данных только в случаях, предусмотренных федеральными законами.

_____/ _____ « _____ » _____ 202__ г.
(подпись, ФИО)