|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**ДОГОВОР ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

**С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ № \_\_\_\_\_\_\_**

г. Москва «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

**Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный медицинский центр» Федерального агентства по управлению государственным имуществом**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице *должность, фамилия, имя, отчество (если имеется)*, действующего
на основании доверенности от *«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*, с одной стороны, и *фамилия, имя, отчество (при наличии),* именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор оказания медицинских услуг (далее – договор) о нижеследующем:

**ДЛЯ ЦЕЛЕЙ НАСТОЯЩЕГО ДОГОВОРА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ:**

«Услуга» – медицинская помощь в виде первичной консультации или консультации с применением телемедицинских технологий, которая оказывается на возмездной основе.

«Пациент» – физическое лицо, акцептовавшее договор, размещенный в Сервисе по адресу: <https://remsmed.ru> для получения Услуг.

«Исполнитель» – медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Пациентам по своему профилю деятельности согласно действующему прейскуранту и лицензии на осуществление медицинской деятельности от 25.04.2018 № ФС-99-01-009518 (статус лицензии: действует), выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, находящейся по адресу: 109074, г. Москва, Славянская площадь, д. 4, стр. 1, телефон: +7 (499) 578-02-20.

 «Сервис» – совокупность облачных сервисов, включающих серверное оборудование и комплекс программного обеспечения, правообладателем которого является ООО «Ай-ФОРС» (место нахождения: 129626, город Москва, переулок Графский, дом 14, корпус 2, ИНН: 7717693217, ОГРН: 1117746116840), используемый и предоставляемый в использование Исполнителем на законных основаниях, по договору с правообладателем.

«Консультация» – оказание Пациенту на возмездной основе с использованием Сервиса медицинской помощи в форме консультации с применением телемедицинских технологий без постановки диагноза в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи.

«Первичная консультация» – оказание Пациенту на возмездной основе
с использованием Сервиса медицинской помощи в форме консультации с применением телемедицинских технологий, включающую в себя ознакомление Исполнителя с медицинскими документами Пациента, профилактика, анализ жалоб и сбор анамнеза, принятие решения о необходимости проведения очного приёма.

«Специалист» – физическое лицо, медицинский работник Исполнителя, который имеет медицинское образование по соответствующей специальности, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности.

 «Медицинское заключение» – документ в электронном виде, составленный Специалистом по итогам оказания Услуг, направленный Пациенту посредством Сервиса, содержащий результаты Консультации без постановки диагноза, и заверенный усиленной квалифицированной электронной подписью Специалиста.

«Заявка» – потребность Пациента в Услуге Исполнителя, размещенная в Сервисе.

1. **ОБЩИЕ УСЛОВИЯ**
	1. Исполнитель оказывает Услуги по настоящему Договору на основании Лицензии. Лицензия
	на осуществление медицинской деятельности с указанием перечня услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, в полном объеме представлены на официальном интернет-сайте Исполнителя по адресу: <https://fmcenter.ru>.
	2. Подписывая настоящий Договор, Пациент согласен со всеми положениями настоящего Договора, регламентом консультации Специалиста Исполнителя, обязуется им следовать и равносилен заключению договора об оказании Услуг. Подписания настоящего Договора означает в том числе предоставление Пациентом Исполнителю согласия на обработку персональных данных и сведений, отнесенных
	к врачебной тайне, а также информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача
	и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.
	3. Полным и безоговорочным согласием Пациента с условиями настоящего Договора является совершение Пациентом следующих последовательных действий в Сервисе:

- регистрация на сайте <https://remsmed.ru>;

- проставление отметок в специальном поле о согласии с условиями настоящей оферты;

- заказ Услуги;

- внесение 100 % предоплаты за Услуги.

В случае если по характеру оказания Услуг внесение предоплаты не потребуется, полным
и безоговорочным согласием с условиями настоящего Договора является совершение Пациентом всех выше указанных действий за исключением внесения предоплаты за Услуги.

* 1. Настоящим Пациент проинформирован 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.
1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА И УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**
	1. Исполнитель обязуется оказывать Услуги Пациенту, а Пациент обязуется принять и оплатить Услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.
	2. Перечень (наименование и количество) Услуг, оказываемых Пациенту на настоящему Договору, срок и месте их оказания, а также стоимость согласовываются в момент размещения Заказа в Сервисе.
	3. Услуги оказываются в течение срока действия настоящего Договора в соответствии с режимом работы Исполнителя, и графиком работы Специалистов Исполнителя.
	4. Для получения Услуги Пользователь размещает Заявку на оказание Первичной консультации или Консультации посредством Сервиса.
	5. Условия об электронном взаимодействии Сторон Договора:

- Первичные консультации и Консультации проводятся дистанционно с использованием Сервиса.

- Стороны настоящим согласовали, что в рамках Сервиса они взаимно признают электронные документы, подписанные простой и/или усиленной квалифицированной электронной подписью в соответствии с Федеральным законом от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

- Стороны согласовали, что все действия и электронные документы, составленные и направленные второй Стороне с использованием ключа электронной подписи первой, считаются сделанными и направленными первой Стороной.

2.6. Оказание Услуг происходит в Сервисе, посредством диалога (чат и аудио- и/или видео- общение) в назначенное время, согласно записи приема Пациента. Если при установлении связи с Пациентом, Пациента нет в системе (онлайн) Сервиса, Специалист и Сервис пытаются связаться с Пациентом. В случае, если Пациент не войдет в систему Сервиса в течении 10 (десяти) минут с момента установлении связи, услуга считается не оказанной в связи с отказом Пациента от получения услуги.

2.7. Началом оказания Услуг является момент установления диалога между Специалистом и Пациентом, а именно для Первичной консультации или Консультации - чат и аудио- и/или видео- общение. Продолжительность диалога между Специалистом и Пользователем при оказании Первичной консультации и Консультации не может быть более 30 (тридцати) минут.

2.8. В процессе оказания первичной Консультации без очного посещения Специалист Исполнителя собирает общую справочную информацию по медицинским вопросам, ознакамливается с медицинской документацией, осуществляет сбор анамнеза, являющимся предметом обращения Пациента. Данная информация носит ознакомительный характер и не может заменить очный прием к Лечащему врачу при визите в медицинскую организацию, а также ни при каких условиях не может быть использована Пациентом для самостоятельного лечения и диагностики. В процессе оказания Первичной консультации Пациенту не ставится диагноз и не назначается лечение.

1. **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**
	1. **Обязанности Исполнителя:**

- Оказывать Пациенту Услуги на условиях, определенных настоящим Договором, в соответствии со стандартами и требованиями, действующими на территории Российской Федерации.

- Оказывать Услуги добросовестно, с соблюдением норм законодательства Российской Федерации, с учетом специфики оказания Услуг с применением телемедицинских технологий.

- Обеспечить Пациента доступной и достоверной информацией, необходимость предоставления которой установлена федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», федеральным законом от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006
«Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

- Сохранять врачебную тайну.

- Предоставить посредством размещения на сайте по адресу: [https://fmcenter.ru](https://fmcenter.ru/) сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего её лицензирующего органа, а также сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставление оказания Услуг, об уровне их квалификации и профессионального образования.

- Нести иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

**3.2. Права Исполнителя:**

- Не приступать к оказанию Услуг до момента исполнения Пациентом обязательств по оплате.

- Изменять стоимость Услуг в одностороннем порядке.

- По своему усмотрению определять и заменять Специалистов, участвующих в оказании Услуг.

- Получать от Пациента информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по Договору до представления необходимой информации.

- Осуществлять иные права, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

**3.3. Обязанности Пациента:**

- Ознакомиться с условиями настоящего Договора, в том числе, со всеми приложениями к нему.

- Предоставить Исполнителю достоверную информацию о себе, включающую в том числе данные о перенесенных заболеваниях, непереносимости и аллергических реакциях на медикаментозные препараты, пищевые продукты и природные факторы.

- Выполнять все указания (рекомендации) Специалистов Исполнителя.

- Оплатить Услуги на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

- Соблюдать регламент консультации Специалиста Исполнителя, размещенный на Сервисе.

- Для получения Услуг обеспечить себе доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

- Нести иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

**3.4. Права Пациента:**

- Требовать от Исполнителя надлежащего выполнения им своих обязательств по настоящему Договору.

- Получать в течение срока действия Договора Услуги в порядке и на условиях настоящего Договора и в соответствии со стандартами и требованиями, действующими на территории Российской Федерации.

- Осуществлять иные права, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

1. **СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**
	1. Услуги оплачиваются по стоимости, установленной Прейскурантом Исполнителя, действующим на дату оказания соответствующих Услуг. Стоимость выбранной Пациентом Услуги в рамках размещенного Заказа отражается в интерфейсе Сервиса.
	2. Оплата Услуг производится Пациентом авансом в размере 100% стоимости Услуги, указанной в интерфейсе Сервиса, в безналичном порядке, способом, указанном в Сервисе.
	3. Основанием для оплаты Пациентом Услуг является размещенный Заказ в Сервисе.
	4. Оплата услуг осуществляется при помощи организаций, оказывающих услуги по приему и перечислению платежей в безналичной форме. Исполнитель не имеет доступа к платежным реквизитам Пациента.
	5. Все расчеты по Договору в соответствии с условиями, изложенными в Договоре, производятся в рублях Российской Федерации.
	6. Исполнитель приступает к оказанию Услуги по Договору при условии 100% предоплаты.
	7. Услуга считается оказанной с момента получения Пациентом медицинского заключения после Первичной консультации или Консультации.
	8. В случае отказа Пользователя по собственному желанию от Услуги до начала её оказания, либо если Исполнитель в случае каких-либо технических сбоев и ошибок не смог провести Первичную Консультацию или Консультацию, и Пациент не согласен на повторное ее проведение, осуществляется возврат денежных средств, на основании письменного заявления Пациента, направленного на электронный адрес Исполнителя call@fmcenter.ru.
2. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**
	1. За неисполнение или ненадлежащее исполнения обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную Договором и законодательством Российской Федерации.
	2. В случае, если Пациент в течение 24 (двадцати четырех) часов с момента получения Медицинского заключения, не направит претензию Исполнителю Услуга считается оказанной и принятой Пациентом.
	3. В целях противодействия недобросовестному поведению Пациента, Исполнитель оставляет за собой право отказаться от исполнения Договора в случае выявления соответствующего недобросовестного поведения Пациента, которое в том числе, но не ограничиваясь, может заключаться, в преднамеренном прекращении связи со стороны Пациента во время оказания Услуг Исполнителем.
3. **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

6.1. Предоставление Исполнителем сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента, допускается в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6.2. Пациент настоящим уведомлен и согласен, что для целей контроля качества Первичных консультаций и Консультаций всё взаимодействие Пациента со Специалистом в рамках оказания Услуг может записываться. В случае осуществления записей, копии таких записей размещаются Исполнителем на программно-аппаратном комплексе Исполнителя или Сервисе. В отношении таких записей Исполнителем или Сервисом применяются организационные и технические меры по сохранению их конфиденциальности. Передача или предоставление доступа к таким записям третьим лицам возможно только в случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

1. **ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**
	1. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут Сторонами
	в период его действия по соглашению Сторон, либо по иным основаниям предусмотренным законодательством Российской Федерации.
2. **ГАРАНТИИ**
	1. В течение срока действия Договора Исполнитель предпримет все усилия для устранения каких-либо технических сбоев и ошибок при оказании Услуг, в случае их возникновения, в максимально короткие сроки. При этом Исполнитель не гарантирует отсутствия технических сбоев и ошибок при оказании Услуг, в том числе в отношении работы Сервиса. В случае, если технический сбой или ошибка произошли в работе Сервиса во время оказания Услуги, что привело к её неоказанию, то повторное оказание Услуги осуществляется за счет Исполнителя.
	2. Заключая Договор, Пациент заверяет Исполнителя и гарантирует Исполнителю, что:
* Пациент указал достоверные данные, необходимые для заключения Договора и получения Услуг;
* Пациент заключает Договор добровольно, при этом Пользователь: а) полностью ознакомился с условиями Договора, б) полностью понимает предмет Договора, в) полностью понимает значение и последствия своих действий в отношении заключения и исполнения Договора;
* Пациент обладает всеми правами и полномочиями, необходимыми для заключения и исполнения Договора.

8.3. Заключая настоящий договор Пациент проинформирован о:

8.3.1. возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи

8.3.2. том, что медицинские услуги предоставляются Пациенту Исполнителем путем оказания услуг, составляющих медицинскую деятельность и указанных в Лицензии Исполнителя, согласно выбранной Пациентом и Заказчиком медицинской услуге.

8.3.3. порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении медицинских услуг Исполнителем.

8.3.4. конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации).

8.3.5. методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

8.3.6. том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

1.3.7. лицензии на осуществление медицинской деятельности (номере и дате приказа (распоряжения) лицензирующего органа о предоставлении или переоформлении лицензии, сроке ее действия, а также об органе, предоставившем лицензию, в том числе путем предоставления доступа к общедоступной информации, содержащейся

в электронных реестрах лицензий.

1. **ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**
	1. Договор вступает в силу с момента Акцепта Пациентом путем нажатия кнопки «Я согласен» при первичной авторизации в личном кабинете Сервиса по адресу: https://remsmed.ru.
	2. Стороны согласовали, что Исполнитель вправе в одностороннем порядке вносить в настоящий Договор изменения, которые вступают в силу с момента размещения измененного текста на Сервисе, если иной срок вступления изменений в силу не указан в измененном тексте Договора.
	3. Порядок авторизации Пациента в Сервисе:

- Для того чтобы Пациенту пользоваться Сервисом необходимо пройти процедуру регистрации и авторизации, в результате которой для Пациента будет создана уникальная учетная запись.

- Исполнитель формирует личный кабинет и предоставляет на бумажном носителе Пациенту первичный пароль и логин (при необходимости) для входа на Сервис по адресу https://remsmed.ru.

- Пациент проходит процедуру регистрации в Сервисе путем заполнения полей формы, размещенной по адресу: https://fmcenter.ru, с предоставлением следующей информации: фамилии, имени, отчества (при наличии), адрес электронной почты, телефон.

- Пациент после первичной авторизации и входа на Сервис может самостоятельно изменить пароль и другие персональные данные Пациента;

- Пациент не может менять такие данные в своем профиле как: «код пациента», «организация».

* 1. Договор, его заключение и исполнение регулируется законодательством Российской Федерации.
	2. Возникающие спорные ситуации и разногласия разрешаются в претензионном порядке. В случае невозможности урегулирования спора в претензионном порядке, спор подлежит разрешения в судебном порядке согласно законодательству Российской Федерации.
	3. Неотъемлемой часть настоящего Договора являются:

Приложение № 1 - Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Приложение № 2 - Согласие на обработку персональных данных.

Приложение № 3 - Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с Лицензией.

1. **РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСЬ СТОРОН**

**Пациент:** *фамилия, имя, отчество (при наличии)*

*Номер полиса обязательного медицинского страхования (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*

*Данные документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*

*Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*

*Телефон: \_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*подпись фамилия, имя, отчество (если имеется)*

**Исполнитель: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный медицинский центр» Федерального агентства по управлению государственным имуществом**

Адрес места нахождения: 107078, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Красносельский,
ул. Каланчевская, д. 31, стр. 12.

ОГРН: 1027700036726, ИНН: 7709290510, КПП: 770801001.

Сведения об Исполнителе внесены в ЕГРЮЛ МИФНС России № 46 по г. Москве, свидетельство
о внесении записи в ЕГРЮЛ о юридическом лице, зарегистрированном до 1 июля 2002 года серии 77 № 013622815.

*подпись должность, фамилия, имя, отчество (если имеется)*

*печать*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 1к договору оказания услуг с применением телемедицинских технологий от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

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

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)*

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(дата рождения гражданина либо законного представителя)*

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

*(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)*

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указывается в случае проживания не по месту регистрации)*

в отношении\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)*

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(дата рождения пациента при подписании законным представителем)*

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

*(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)*

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в [Перечень](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=129546&dst=100009&field=134&date=09.02.2022) 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 (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь *(ненужное зачеркнуть)* в **Федеральном государственном бюджетном учреждение «Федеральный медицинский центр» Федерального агентства по управлению государственным имуществом** медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=129546&dst=100009&field=134&date=09.02.2022), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=383567&dst=100263&field=134&date=09.02.2022) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=383567&dst=608&field=134&date=09.02.2022) 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), в том числе после смерти:

|  |
| --- |
|   |
| *(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)* |
|  |
| *(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |   |  |
| *(подпись)* |  | *(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)* |
|   |   |  |
| *(подпись)* |  | *(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)* |

|  |  |
| --- | --- |
|   | "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.*(дата оформления)* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 2к договору оказания услуг с применением телемедицинских технологий от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Согласие на обработку персональных данных**

Субъект персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *фамилия, имя, отчество (при наличии)*

паспорт серия\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(название выдавшего органа)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Законный представитель субъекта персональных данных (заполняется в случае, если согласие подписывается законным представителем)

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

*фамилия, имя, отчество (при наличии)*

паспорт серия\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(название выдавшего органа)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя)*

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006
№ 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона
от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я даю свое согласие на обработку **ФГБУ «Федеральный медицинский центр» Росимущества**, расположенному по адресу: г. Москва, ул. Каланчевская, д. 31, стр. 12 (далее – Оператор), моих персональных данных
и сведений, отнесенных к врачебной тайне, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), реквизиты справки МСЭ, место работы, данные
о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции)
с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных, посредством системы Remsmed (ООО «Ай-ФОРС», место нахождения: 129626, город Москва, переулок Графский, дом 14, корпус 2, ИНН: 7717693217, ОРГН 1117746116840) с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах моего обследования, лечения и учета следующим лицам:

- должностным лицам Оператора, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором на основании заключенного с ним договора;

- страховым медицинским организациям (в рамках ОМС), контролирующим органам: ФОМС, ТФОМС, Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Росстату, иным государственным органам; Обществу с ограниченной ответственностью «Ай-ФОРС» (место нахождения: 129626, город Москва, переулок Графский, дом 14, корпус 2, ИНН: 7717693217, ОРГН 1117746116840) с целью сбора, систематизации, накопления, хранения, обновления, изменения, использования, передачи, обезличивания, блокирования и уничтожения посредствам системы Remsmed для осуществления ФГБУ «Федеральный медицинский центр» Росимуществамедицинских услуг пациенту.

Я даю свое согласие Оператору предоставить платежной системе онлайн-касс: ООО «АТОЛ Онлайн», адрес места нахождения: 127015, г. Москва, ул. Б. Новодмитровская, дом 14, строение 2, этаж 4, пом. I, ком. 35, ИНН/КПП 7714426164/ 771501001 далее по тексту – АТОЛ Онлайн, право на обработку моих персональных данных (адрес электронной почты и номер телефона), а именно запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, извлечение, уничтожение и передачу (предоставление, доступ), в целях проведения оплаты медицинских услуг по договору оказания платных медицинских услуг. Целью обработки персональных данных является выполнение АТОЛ Онлайн своих обязанностей по договору с Оператором, заключение новых договоров с Оператором, а также исполнение договоров АТОЛ Онлайн с третьими лицами (при наличии надлежаще заключенных между АТОЛ Онлайн и такими третьими лицами договоров). Действия, производимые АТОЛ Онлайн с персональными данными, могут включать: запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, извлечение, уничтожение и передачу (предоставление, доступ) уполномоченным органам и третьим лицам. АТОЛ Онлайн вправе обезличивать и агрегировать данные, полученные при исполнении договора с Оператором, создавать самостоятельные продукты на основе агрегированных данных по своему усмотрению для целей анализа, проведения статистических и иных исследований, а также раскрывать соответствующую информацию и результаты анализа/исследований третьим лицам на условиях и в порядке, определяемых АТОЛ Онлайн.

Я даю свое согласие на получение информационной и/или рекламной рассылки с помощью электронных писем, смс-сообщений, оповещений иного вида с целью информирования о свойствах программы АТОЛ Онлайн, новом программном обеспечении, иной информации о продуктах/услугах Оператора, АТОЛ Онлайн и/или их партнеров.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

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

Также даю согласие на СМС – рассылку на указанный мной номер мобильного телефона с целью информирования меня о записи к специалистам.

Настоящее согласие действует бессрочно. Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве согласия на обработку моих персональных данных.

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

*(подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)*

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 3к договору оказания услуг с применением телемедицинских технологий от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с Лицензией.**

|  |  |
| --- | --- |
| 107078, г. Москва, ул.Каланчевская, д. 31, стр. 13 | При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), медицинской статистике, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии ортопедической, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, гематологии, дерматовенерологии, диетологии, инфекционным болезням, кардиологии, колопроктологии, косметологии, медицинской статистике, неврологии, нефрологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, ортодонтии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, сердечно-сосудистой хирургии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе профессиональной пригодности. При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым), медицинским осмотрам профилактическим. При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) |
| 107078, г. Москва, ул. Каланчевская, д. 31, стр. 4 | При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: клинической лабораторной диагностике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: клинической лабораторной диагностике |
| 107078, г. Москва, ул. Каланчевская, д. 31, стр. 6 | При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре, медицинскому массажу, сестринскому делу, физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: мануальной терапии, медицинской реабилитации, рефлексотерапии, спортивной медицине, физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), колопроктологии, неврологии, травматологии и ортопедии, урологии, хирургии. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), колопроктологии, неврологии, ревматологии, терапии, травматологии и ортопедии, урологии, хирургии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: гастроэнтерологии, кардиологии, неврологии, пульмонологии, сестринскому делу, терапии, эндокринологии. При оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении организуются и выполняются работы (услуги) по: гастроэнтерологии, кардиологии, мануальной терапии, медицинскому массажу, рефлексотерапии, сестринскому делу, терапии. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи |

*подпись должность, фамилия, имя, отчество (если имеется)*

*печать*