

Договор № 1/04-15
возмездного оказания медицинских услуг по
проведению предварительных и периодических медицинских осмотров работников

г. Москва

«15» апреля 2021г.

Профессиональное образовательное частное учреждение «Колледж информатики и дизайна» (ПОЧУ «КИД»), именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице **Директора Гааха Владимира Викторович**, действующего на основании Устава, с одной стороны, и **Акционерное общество «Поликлиника «Медицинская региональная объединенная система контрактов» (АО «Поликлиника «Медросконтракт»)**, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», действующего на основании медицинской лицензии № ЛО-77-01-019580 от 10 февраля 2020 г., выданной Департаментом здравоохранения города Москвы, в лице **Генерального Директора Перевезенцева Михаила Люсьеновича**, действующего на основании Устава, с другой Стороны, заключили Договор (далее - «Договор») о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательства в течение срока действия настоящего Договора оказывать Заказчику следующие услуги (далее – «Услуги»):

-руководствуясь пунктами Приказа 29н от 28.01.21 г. Минздрава РФ проводить предварительные (при поступлении на работу) и периодические медицинские осмотры работников Заказчика (далее – «Услуги по проведению медосмотров»);

1.2. Конкретный перечень услуг указывается Заказчиком в Заявке (Приложение № 1 к Договору) направляются ответственным сотрудником от Заказчика (адрес электронной почты: info@kid-spo.ru) на электронную почту ответственного сотрудника Исполнителя (адрес электронной почты: prof@medros.ru) не менее, чем за 3 (Три) календарных дня до даты оказания услуг. Заявки являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.3. Исполнитель обязуется оказывать услуги на основании соответствующей лицензии и иных необходимых документов, предусмотренных законодательством Российской Федерации. По окончании срока действия такой лицензии, в случае отзыва или приостановления лицензии либо при наступлении иных обстоятельств, препятствующих оказанию услуг Исполнителем, последний обязан незамедлительно сообщить об этом в письменном виде Заказчику.

1.4. Заказчик обязуется принимать и оплачивать оказанные Исполнителем Услуги в порядке, предусмотренном настоящим Договором.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказывать Услуги по проведению предварительных медосмотров в объеме и в порядке, предусмотренном Договором и действующим законодательством РФ, с использованием собственного оборудования, материалов, реактивов инвентаря и в сроки, установленные Заказчиком в Заявке. Уведомление о прочтении электронной почты, означает получение ее Исполнителем.

2.1.2. Оказывать Услуги по проведению периодических медосмотров в объеме и в порядке, предусмотренном Договором и действующим законодательством РФ, в период июнь-август, с использованием собственного оборудования, материалов, реактивов инвентаря и в сроки, установленные Заказчиком в Заявке. Уведомление о прочтении электронной почты, означает получение ее Исполнителем.

2.1.3. Исполнитель обязуется оказать Услуги по проведению медосмотров в согласованное с Заказчиком время;

2.1.4. Оказывать Услуги по проведению медосмотров по адресу: **г. Москва, ул. Международная, д.19.**

2.1.5. Не разглашать информацию, полученную от Заказчика в связи с исполнением Договора.

2.1.6. Предоставить Заказчику одновременно со счетом за оказанные услуги список работников Заказчика, в отношении которых такие услуги были оказаны.

2.1.7. Исполнитель не вправе передавать свои права и обязанности по договору третьим лицам без предварительного письменного согласия Заказчика.

2.1.8. При привлечении Исполнителем третьих лиц к выполнению обязательств по Договору Исполнитель гарантирует Заказчику качество предоставляемых третьими лицами услуг.

2.1.9. Передать готовые медицинские документы работника Заказчику в срок, не превышающий 30 (тридцать) календарных дней.

2.2. Заказчик обязуется:

2.2.1. В любое время осуществлять контроль качества услуг, не вмешиваясь, при этом в оперативную деятельность Исполнителя;

2.2.2. Направлять работников на прохождение предварительного медицинского осмотра, представив к каждому из них Направление по форме, установленной Приложением № 2 к настоящему Договору.

2.2.3. Направлять поименные списки сотрудников для проведения периодического профосмотра не позднее 1 месяца до графика проведения.

2.2.4. Фиксировать факты ненадлежащего оказания услуг сотрудниками Исполнителя и требовать устранения допущенных нарушений;

2.2.5. Требовать пересчета стоимости услуг в случае неоказания услуг либо оказания услуг с ненадлежащим качеством;

2.2.6. Предоставить письменный мотивированный отказ от подписания акта приемки-сдачи оказанных услуг и не подписывать акт до устранения Исполнителем замечаний, отраженных в таком Отказе.

2.2.7. Информировать и получать согласие от работников о получении всех их медицинских заключений (результатов) по проведенному медицинскому осмотру от Исполнителя в рамках оказания услуг по договору. Результат проведенного осмотра передается работнику Заказчиком.

3. ПОРЯДОК СДАЧИ-ПРИЕМКИ УСЛУГ

3.1. Приемка оказанных услуг оформляется двухсторонним подписанием Акта сдачи-приемки оказанных услуг.

3.2. Исполнитель, по результатам оказанных услуг до 5 (Пятого) числа месяца, следующего за отчетным, формирует и подписывает со своей Стороны 2 (два) экземпляра Акта сдачи - приемки оказанных услуг, который направляет на подписание Заказчику.

3.3. Заказчик, в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения Акта сдачи-приемки оказанных услуг, обязан направить Исполнителю подписанный Акт или мотивированный отказ от его подписания. Подписанный Заказчиком Акт сдачи-приемки оказанных услуг является подтверждением надлежащего исполнения Исполнителем обязательств.

3.4. Работа считается выполненной надлежащим образом только в случае подписания Акта Заказчиком, либо если в указанный в п. 4.3. настоящего Договора срок Заказчик не предоставит Исполнителю письменный мотивированный отказ от подписания Акта.

3.5. В случае обнаружения недостатков в качестве предоставленных услуг Заказчик вправе предъявить Исполнителю соответствующие претензии и отказаться от подписания Акта сдачи-приемки оказанных услуг, о чем в Акте делается соответствующая отметка Заказчиком. Исполнитель устраняет допущенные недостатки и/или недостачу за свой счет в течение согласованного с Заказчиком срока.

4. ЦЕНА УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. **Заказчик** оплачивает **Исполнителю** оказанные услуги по настоящему Договору в соответствии с Расчетом стоимости услуг (Приложение № 2) к настоящему Договору (далее - «Тариф»).

4.2. Оплата оказанных услуг по настоящему Договору производится в следующем порядке:

4.3.1. **Заказчик**, на основании подписанного им Акта сдачи-приемки оказанных услуг, производит оплату услуг:

- в срок до 15 (Пятнадцатого) числа следующего месяца за отчетным месяц, при условии, что услуги приняты без нареканий.

Исполнитель предоставляет Заказчику скидки за оказанные комплексные услуги от действующего прейскуранта цен на профосмотры, в размере указанном в протоколе согласования цен.

4.3.2. Оплата услуг производится на основании счета **Исполнителя**. Все расчеты по настоящему Договору производятся платежными поручениями в рублях, при этом днем оплаты считается день списания денежных средств со счета Заказчика при условии их зачисления на расчетный счет **Исполнителя**.

4.3.3. Счет-фактура предоставляется **Исполнителем** в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.4. Оплате подлежат услуги, выполнение которых предварительно письменно согласовано с **Заказчиком**.

4.5. Исполнитель вправе по согласованию с Заказчиком изменять размер стоимости услуг путем изменения Протокола цен, но не чаще чем раз в полгода. Цены вступают в силу после подписания Протокола согласования цен.

4.6. В срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, производится выверка взаиморасчетов по оплате медицинских услуг, предоставленных за прошедший квартал, и оформляется Актом выверки взаиморасчетов.

4.7. Годовая (окончательная) выверка взаиморасчетов производится не позднее 31 января года, следующего за отчетным, и оформляется Актом выверки взаиморасчетов.

4.8. В случае расторжения или прекращения срока действия настоящего Договора Стороны производят окончательные взаиморасчеты в сроки, не превышающие 15 (пятнадцать) календарных дней после прекращения договорных отношений. О полном завершении взаиморасчетов Сторонами подписывается двусторонний Акт выверки взаиморасчетов.

5. Антикоррупционная политика

5.1. **АО «Поликлиника «Медросконтракт»**, а равно его сотрудники, агенты и иные представители:

5.1.1. Обязуется осуществлять свою деятельность в рамках настоящего Договора, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, условиями настоящего Договора, а равно этическими нормами и правилами.

5.1.2. Обязуется принять все необходимые меры в целях недопущения коррупции и взяточничества.

5.1.3. Не вправе предлагать какое-либо вознаграждение или осуществлять какие-либо выплаты органам государственной власти и/или органам местного самоуправления, подведомственным им организациям и/или учреждениям, их должностным, а равно иным лицам в связи с настоящим Договором.

5.1.4. Не вправе принимать или обещать принять какое-либо вознаграждение от любых лиц и/или организаций, в том числе от органов государственной власти и/или органов местного самоуправления, подведомственных им организаций и/или учреждений, их должностных лиц, в связи с настоящим Договором.

5.1.5. Не вправе предлагать какое-либо вознаграждение или осуществлять какие-либо выплаты сотрудникам и/или представителям **ПОЧУ «КИД»** в связи с настоящим Договором.

5.1.6. В целях пунктов 5.1.3. – 5.1.5. настоящего Договора под вознаграждениями или выплатами понимаются денежные средства, вознаграждения в форме товара, подарки, путешествия, билеты на развлекательные мероприятия, услуги, а также иные подобные вознаграждения и/или выплаты, которые были сделаны для получения каких-либо преимуществ или выгод.

5.2. В случае если **ПОЧУ «КИД»** станет известно о совершении **АО «Поликлиника «Медросконтракт»** действий, предусмотренных пунктами 5.1.2.-5.1.5. настоящего Договора (включая случаи коммерческого подкупа или взятки в любой форме в связи с настоящим Договором) **ПОЧУ «КИД»** вправе немедленно отказаться от исполнения настоящего Договора.

5.3. **ПОЧУ «КИД»** не несет ответственности за действия **АО «Поликлиника «Медросконтракт»**, совершённые в нарушение положений п. 5.1. настоящего Договора.

6. Конфиденциальность

6.1. Стороны обеспечивают строгую конфиденциальность любой информации, полученной при заключении или исполнении настоящего Договора («Конфиденциальная информация»), и обязаны предпринять все необходимые меры по предотвращению разглашения такой информации.

6.2. Настоящим Договором Стороны обязуются не разглашать Конфиденциальную информацию третьим сторонам без предварительного письменного разрешения другой Стороны и предпринимать все разумно необходимые меры по обеспечению неразглашения такой Конфиденциальной информации работниками Сторон, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

6.3. Каждая Сторона обязана по требованию другой Стороны или по истечении, или прекращении или расторжении настоящего Договора незамедлительно вернуть другой Стороне любые документы или иные носители информации, содержащие Конфиденциальную информацию, принадлежащую другой Стороне. Режим охраны Конфиденциальной информации должен быть не менее строгим, чем режим охраны коммерческой тайны, если законодательством Российской Федерации не предусмотрено иное.

6.4. Стороны обязуются не разглашать конфиденциальную информацию третьим лицам в течение срока действия настоящего Договора, а также в течение 3 (Трех) лет после его прекращения.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до тех пор, пока одна из сторон не направит другой стороне письменное уведомление о своем намерении прекратить действие договора.

Уведомление о намерении прекратить действие договора должно быть направлено заинтересованной стороной другой стороне не менее чем за тридцать календарных дней по планируемой дате прекращения действия договора.

7.2. Изменение или дополнение настоящего Договора возможно по соглашению Сторон, путем заключения дополнительного соглашения в письменной форме, подписанного уполномоченными представителями обеих сторон. Все надлежащим образом оформленные изменения и дополнения к настоящему Договору являются его неотъемлемой частью.

7.3. Действие настоящего Договора может быть досрочно прекращено вследствие одностороннего отказа любой из Сторон от его исполнения.

7.4. Сторона изъявившая желание в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора, обязана уведомить об этом другую сторону не менее чем за 30 (Тридцать) дней с указанием даты расторжения Договора. В период времени с момента получения такого уведомления и до даты расторжения Договора Стороны обязаны осуществить сверку и взаиморасчеты.

7.5. Заказчик вправе отказаться от настоящего Договора в одностороннем внесудебном порядке, письменно уведомив о принятом решении Исполнителя за 3 (три) календарных дня до даты расторжения Договора, в случае неоднократного (2 и более раза) нарушения Исполнителем обязательств по настоящему Договору. При этом, Заказчик обязан выплатить Исполнителю стоимость оказанных последним и принятых Заказчиком услуг.

8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Стороны несут ответственность за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по Договору в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8.2. Стороны не несут ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение своих обязательств по Договору, обусловленное действием обстоятельств непредвиденного, непреодолимого и чрезвычайного характера, возникших помимо воли и желания Сторон (далее – «обстоятельства непреодолимой силы»), в том числе: стихийных бедствий, военных действий, пожаров, забастовок, массовых беспорядков, изменений действующего законодательства Российской Федерации и т.п.

8.3. При возникновении и прекращении обстоятельств непреодолимой силы Сторона, которая не в состоянии выполнить свои обязательства по Договору должна уведомить об этом в письменной форме другую Сторону в течение 5 (пять) рабочих дней с момента наступления и прекращения действия таких обстоятельств.

8.4. Все не урегулированные соглашением Сторон споры, разногласия или требования, возникающие из Договора или в связи с ним, в том числе касающиеся его исполнения, нарушения, прекращения или недействительности, подлежат рассмотрению в Арбитражном суде г. Москвы.

9. ПРОЧИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1. Во всем, что не предусмотрено Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

9.2. Любые изменения, дополнения, приложения к Договору являются его неотъемлемой частью и действительны при условии, что они совершены в письменной форме, подписаны уполномоченными представителями Сторон и скреплены печатями Сторон.

9.3 В случае изменения своего наименования, местонахождения, номера контактного телефона, факса, адреса электронной почты и банковских реквизитов Стороны обязуются в разумный срок письменно уведомить друг друга.

9.4 Если иное не предусмотрено Договором, все уведомления, предусмотренные Договором, должны направляться Сторонами друг другу заказным письмом с уведомлением о вручении либо с курьером.

9.5 Договор составлен в 2-х экземплярах на русском языке, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

10. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

ЗАКАЗЧИК Профессиональное образовательное частное учреждение «Колледж информатики и дизайна»	ИСПОЛНИТЕЛЬ АО «Поликлиника «Медросконтракт»
Юридический адрес и фактический адрес: 109559, г. Москва, ул. Марьинский парк, д.45, пом. XVII, ком.30 Телефон/факс: 8 (495) 495-774-72-74 E-mail: info@kid-spo.ru р/с 40703810838050001450 ПАО «Сбербанк России» г. Москва к/с 30101810400000000225 ИНН/КПП 7721516041/ 77 23 01 001 БИК 044525225	Юридический и фактический адрес: 109544, г. Москва, ул. Международная, д. 19 Тел./факс: 8(495)911-46-80 E-mail: prof@medros.ru р/с 40702810000770001818, ПАО «Банк УРАЛСИБ» г. Москва к/с 30101810100000000787, БИК 044525787 ИНН 7709206727 КПП 770901001 ОГРН 1027700219997 ОКВЭД 85.12, ОКПО 01877372
ПОЧУ «КИД»  / В.В. Гаах / _____ 2021 г.	АО «Поликлиника «Медросконтракт»  / М.Л.Перевезенцев / _____ 2021 г.

Протокол согласования цен

Профосмотр по Приказу 29н Приложения №2 пункты 25

Приказ 29н пункты 25			
	Название услуги	Кол-во	Цена
1.	Прием психиатра (профосмотр)	1	100
2.	Прием психиатра-нарколога (профосмотр)	1	100
3.	Прием стоматолога (профосмотр)	1	100
4.	Прием отоларинголога (профосмотр)	1	100
5.	Прием дерматовенеролога (профосмотр)	1	100
6.	Прием офтальмолог (профосмотр)	1	100
7.	Офтальмотонометрия для профосмотра	1	100
8.	Прием врача-невролога(профосмотр)	1	100
9.	ЭКГ	1	100
10.	Заключение профпатолога по результатам профосмотра	1	100
11.	Прием терапевта (профосмотр)	1	100
12.	Антитела Treponema pallidum (суммарные) для профосмотра	1	160
13.	Исследование кала на гельминты и простейшие для профосмотра	1	60
14.	Исследование на носительство возбудителей кишечных инфекций для профосмотра	1	240
15.	Серологическое обследование на брюшной тиф для профосмотра	1	160
16.	Общий клинический анализ крови для профосмотра	1	110
17.	Определение глюкозы крови для профосмотра	1	90
18.	Определение холестерина крови для профосмотра	1	90
19.	Бактериологическое (на флору) исследование гинекологического мазка для профосмотра	1	110
20.	Цитологическое (на атипичные клетки) исследование гинекологического мазка для профосмотра	1	200
21.	Исследование мазка на гонорею для профосмотра	1	130
22.	Общий клинический анализ мочи для профосмотра	1	140
23.	Рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях для профосмотра	1	250
24.	Прием гинеколога (профосмотр)	1	100
25.	УЗИ молочных желез для профосмотра	1	100
26.	УЗИ органов малого таза	1	100
27.	Оформление новой личной медицинской книжки с результатами гигиенической аттестации	1	1200
28.	Продление личной медицинской книжки с результатами гигиенической аттестации	1	1000
29.	Продление личной медицинской книжки без гигиенической аттестации	1	500
	Итого :		3140

Медосмотр	женщины после 40 лет	женщины до 40	мужчины после 40 лет	мужчины до 40 лет
предварительный	4340	4240	3730	3630
периодический	3940	3840	3330	3230
без новой ЛМК с аттестацией				
предварительный	4140	4040	3530	3430
периодический	3740	3640	3130	3030
без новой ЛМК				
предварительный	3640	3540	3030	2930
периодический	3240	3140	2630	2530

ПОЧУ «КИД»

 / В.В. Гаах /

« 17 » апреля 2021 г.



АО «Поликлиника «Медросконтракт»

 М.Л.Перевезенцев /

« 17 » апреля 2021 г.



**НАПРАВЛЕНИЕ
НА ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ/ПЕРИОДИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР**

№ _____ от " _____ " _____ 20__ г.

В ЛПУ ---- АО «Поликлиника «Медросконтракт»
109544 г. Москва, ул. Международная, 19 Тел 8(495)911-46-80

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Пол _____, возраст (полных лет) _____
3. Место жительства _____
4. СНИЛС _____
5. Полис ОМС(ДМС) _____
6. Наименование направившего предприятия, ведомственная принадлежность:
ПОЧУ «КИД» _____
7. Наименование цеха, отделения, участка _____
8. Профессия, должность _____
9. Стаж работы _____
10. Вредные производственные факторы:

N	Наименование фактора вредности	N п/п по приказу Министерства здравоохранения от 28.01.2021 N 29н
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Служба управления персоналом _____

М.П.

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____
(Ф.И.О. пациента (законного представителя пациента) полностью)
зарегистрированный по адресу: _____, проживающий по
адресу: _____, документ, удостоверяющий
личность _____ серия _____ номер _____
выдан _____

(дата и название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статей 23,24 Конституции РФ, 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» в целях оказания медицинской помощи подтверждаю свое согласие на обработку в Акционерном обществе «Поликлиника «Медицинская региональная объединенная система контрактов», расположенном по адресу: Москва, ул. Международная, 19 (далее – Оператор), моих персональных _____ данных, _____ персональных _____ данных

(указать при необходимости Ф.И.О., год рождения пациента)

законным представителем которого я являюсь, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными:

- обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных неавтоматизированным способом, 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);
- во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (ДМС), обмен (прием и передача) моих персональных данных со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять врачебную тайну;
- обмен (прием и передача) моими персональными данными с другими операторами персональных данных, в том числе с оператором сервиса «ONDOC - Личный кабинет пациента АО «Поликлиника «Медросконтракт» (ООО «МедКарта», расположенного по адресу: Санкт-Петербург, В.О., 24-я линия, д. 27А) с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять врачебную тайну;
- передачу моих персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения, в том числе, с возможностью передачи с использованием бумажных и машинных носителей, в том числе по каналам связи и по внутренней сети организации с использованием технических и программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Оператора, в том числе лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинских документов (медицинской карты).

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

Настоящее согласие дано мной « _____ » _____ 20__ г. вступает в силу со дня его подписания и действует бессрочно.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

Подпись субъекта персональных данных _____
(расшифровка подписи)

" ____ " _____ г.
(дата оформления)

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, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина)

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 (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в Акционерном обществе «Поликлиника «Медицинская региональная объединенная система контрактов» работником:

_____ (Ф.И.О. 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:

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

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. работника)

" " _____ г.
(дата оформления)

ПОЧУ «КИД»

/ В.В. Гаах /

_____ 2021 г.



АО «Поликлиника «Медросконтракт»

/ М.Л.Перевезенцев /

_____ 2021 г.

