

ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАКАЗЧИКА № _____
Дата подачи заявления " ____ " _____ 2023 года

Я _____
дата рождения _____, Паспорт гражданина России серия _____ № _____ выдан _____
адрес по месту регистрации _____
Эл. почта: _____, тел.: _____

*ФИО, дата рождения, адрес регистрации, реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия и номер, дата выдачи, орган выдачи; контактный телефон и адрес электронной почты
далее по тексту - «Заказчик»*

принимает от ООО «Международный институт Здоровья» Оферту №1 о заключении договора на оказание медицинских услуг от _____, *далее по тексту - «Оферта»*, в соответствии с которой ООО «Международный институт Здоровья» обязуется оказать медицинские и сопутствующие услуги следующему лицу:

Заказчик

ФИО полностью, дата рождения, фактический адрес проживания, контактный телефон (при наличии)

далее по тексту - «Пациент»

Заказчик осведомлен о том, что заключение между сторонами соглашений о присоединении к медицинским программам ООО «Международный институт Здоровья» не влечет изменения условий Оферты, если иное не предусмотрено в соглашении.

Заказчик осведомлен о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий Российской Федерации бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Заказчик соглашается с условием о возможности подписания настоящего заявления заказчика с помощью простой электронной подписи в электронных сервисах ООО «Международный институт Здоровья», с помощью номера мобильного телефона при наличии технической возможности со стороны ООО «Международный институт Здоровья».

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ:

1. Назначить третье лицо моим представителем в ООО «Международный институт Здоровья»: ДА/ НЕТ
(подписать/не подписать)

Представитель вправе представлять интересы Заказчика в ООО «Международный институт Здоровья» при проведении финансовых расчетов за медицинские услуги и приемке оказанных услуг, выполнять все действия, связанные с этим поручением, расписываться за Заказчика в документах, адресованных Заказчику ООО «Международный институт Здоровья» от Заказчика, в том числе заявление на возврат/зачет денежных средств, получать денежные средства на руки.

*ФИО, дата рождения, адрес проживания, адрес регистрации, реквизиты документа, удостоверяющего личность:
серия и номер, дата выдачи, орган выдачи, контактный телефон и адрес электронной почты*

Заказчик обязан уведомить вышеуказанного представителя о передаче его персональных данных ООО «Международный институт Здоровья».

Заказчик в целях надлежащего оказания медицинских услуг на территории Российской Федерации **предоставляет ООО «Международный институт Здоровья» согласие на обработку персональных данных** (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение), в том числе: фамилии, имени, отчества, контактных данных, в том числе номера телефона, адреса электронной почты, адреса проживания и регистрации, врачебной тайны сроком на период хранения медицинской документации в целях исполнения условий Оферты и в целях соблюдения требований Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006, Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Общего регламента по защите данных Европейского Союза 2016/679 от 27.04.2016 АО «ЕМИЦ» обязуется осуществлять передачу персональных данных третьим лицам только в целях диагностики и лечения Пациента при условии соблюдения режима конфиденциальности.

Заказчик вправе отозвать свое согласие на обработку персональных данных посредством передачи ООО «Международный институт Здоровья» лично под расписку соответствующего письменного заявления на бумажном носителе. Если заявление направляется по почте или передается в ООО «Международный институт Здоровья» иным образом, то подлинность подписи на нем должна быть нотариально засвидетельствована.

Заказчик ознакомился с условиями Оферты, прейскурантом ООО «Международный институт Здоровья», режимом работы и правилами внутреннего распорядка ООО «Международный институт Здоровья», экземпляр Оферты на руки получил.

подпись Заказчика

ЗАЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА

ФИО _____, дата рождения _____
адрес проживания: _____
паспорт гражданина России серия _____ № _____, выдан кем и когда _____

ФИО, дата рождения, адрес проживания, адрес регистрации, реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия и номер, дата выдачи, орган выдачи)

далее по тексту - «Пациент»

Пациент в целях надлежащего оказания медицинских услуг на территории Российской Федерации предоставляет ООО «Международный институт Здоровья» согласие на обработку персональных данных (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение), в том числе: фамилии, имени, отчества, контактных данных, в том числе номера телефона, адреса электронной почты, адреса проживания и регистрации, врачебной тайны сроком на период хранения медицинской документации в целях соблюдения требований Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006, Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». Общего регламента по защите данных Европейского Союза 2016/679 от 27.04.2016 Пациент предоставляет ООО «Международный институт Здоровья» согласие на направление ему информационных сообщений по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в том числе, но не исключительно: о подтверждении, отмене, изменении даты и времени приема на прием к врачу, о готовности результатов исследований и анализов.

Пациент вправе отозвать свое согласие на обработку персональных данных посредством передачи ООО «Международный институт Здоровья» лично под расписку соответствующего письменного заявления на бумажном носителе. Если заявление направляется по почте или передается в ООО «Международный институт Здоровья» иным образом, то подлинность подписи на нем должна быть нотариально засвидетельствована.

Пациент, подписавшим настоящего Заявления Пациента, обязуется соблюдать Оферту №1 о заключении договора на оказание медицинских услуг от 29 июля 2020г. в части порядка оказания медицинских услуг и поведения на территории ООО «Международный институт Здоровья».

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ:

1. Назначить третье лицо моим представителем в ООО «Международный институт Здоровья»: ДА /НЕТ

Пациент предоставляет согласие ООО «Международный институт Здоровья» на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, следующему третьему лицу (при условии предоставления им документа, удостоверяющего личность):

ФИО, дата рождения, адрес проживания, адрес регистрации, реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия и номер, дата выдачи, орган выдачи, контактный телефон и адрес электронной почты

Пациент обязан уведомить вышеуказанное лицо о передаче его персональных данных ООО «Международный институт Здоровья».

2. Пациент предоставляет согласие на направление результатов медицинских исследований (результаты анализов), медицинских отчетов, информационных сообщений, связанных с оказанием медицинских услуг в ООО «Международный институт Здоровья» или персональными рекомендациями и именованными предложениями, сформированными на основании медицинских данных или финансовых данных Пациента на указанный Пациентом адрес электронной почты уведомлениями через сервисы ООО «Международный институт Здоровья» или по СМС.

3. Осуществлять рассылку рекламных предложений ООО «Международный институт Здоровья» с использованием моих контактных данных, указанных в настоящем Заявлении или иных документах: ДА / НЕТ

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

В соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Пациент дает добровольное согласие на проведение в случае необходимости следующих медицинских вмешательств со стороны ООО «Международный институт Здоровья»:

- Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
- Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
- Антропометрические исследования.
- Термометрия.
- Тонометрия.
- Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
- Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
- Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
- Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, никфлуометрия, роозцефалография, кардиотокография (для беременных).
- Ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
- Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикжно.

ООО «Международный институт Здоровья» в доступной для Пациента форме 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. Пациенту разъяснено, что он имеет право отказаться от одного или нескольких вышеизложенных видов медицинских вмешательств Пациент проинформирован, что в его интересах сообщить медицинскому работнику обо всех имеющихся у него заболеваниях и проблемах со здоровьем, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарств, о наличии в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам.

подпись пациента

ИО Фамилия пациента