

## ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г.Тольятти

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Гр-н \_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», действуя в интересах \_\_\_\_\_, именуемого в дальнейшем «Пациент», с одной стороны, и

**Общество с ограниченной ответственностью "СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА ЭДЕЛЬВЕЙС-1" в лице генерального директора Степанова Дмитрия Юрьевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель»**, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель оказывает Пациенту медицинские и сопутствующие медицинским услуги (далее, Услуги), в объеме видов услуг, предусмотренных Приложением №1 к бессрочной лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-63-01-004936, Министерством здравоохранения Самарской области 20.12.2018, в соответствии с предварительным диагнозом, назначениями лечащего врача и собственным волеизъявлением Заказчика, а Заказчик принимает и оплачивает их на условиях настоящего договора.

#### 1.2. Подписью в настоящем договоре Заказчик/Пациент, подтверждает, что до его заключения:

- проинформирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках ППГ и ТППГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в медицинских организациях, работающих в системе ОМС.

- при заключении договора Заказчик/Пациент добровольно изъявил желание получать Услуги на платной основе при самостоятельном обращении,

- проинформирован о том, что если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

- Заказчик/Пациент согласовал осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, либо их объем, превышающий объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

- Пациент не имеет противопоказаний по состоянию здоровья для получения Услуг, оказываемых по настоящему договору,

- Заказчиком/Пациентом получена полная и достоверная информация об Исполнителе Услуг, предусмотренная законодательством РФ и о предстоящих Услугах: методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах,

- Заказчику/Пациенту разъяснено и понятно, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии его здоровья.

- Заказчику/Пациенту предоставлена надлежащая информация о характере медицинских услуг; Заказчик/Пациент предупрежден о наличии противопоказаний (если таковые имеют место); о степени вероятности достижения желаемого результата; о риске неблагоприятных последствий.

- Исполнитель довел до сведения Заказчика/Пациента информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также сообщил почтовый адрес или адрес электронной почты (при наличии), на которые может быть направлено обращение (жалоба).

- Заказчиком/Пациентом получена информация, перечисленная в п.п. 12 - 17, 21 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 N 736.

### 2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Услуги предоставляются как в полном объеме или объеме, превышающем стандарт медицинской помощи, так и в виде отдельных консультации или медицинских вмешательств. По волеизъявлению и с согласия Заказчика Исполнитель может отступить от точного соблюдения клинических рекомендации при оказании услуг. Объем, характер Услуг и сроки их предоставления (ожидания) определяются с учетом медицинских показаний и волеизъявления Заказчика, и согласовываются в порядке, предусмотренном п.3.2. договора.

2.2. Услуги по Договору оказываются по фактическому адресу осуществления Исполнителем лицензируемого вида деятельности, согласно установленным графику и условиям работы с выдачей Заказчику/Пациенту необходимой документации.

### 3. СРОКИ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Оплата Услуг Заказчиком производится в соответствии с Прейскурантом на платные медицинские услуги, действующим на момент оказания Услуг, наличным платежом в кассу или безналичным способом на расчетный счет Исполнителя. Исполнитель обязан выдать Заказчику/Пациенту кассовый чек или иной документ, подтверждающий факт оплаты.

3.2. Факт оплаты Услуг (в том числе дополнительных) Заказчиком, принимается сторонами в качестве конклюдентного действия, подтверждающим согласие Заказчика/Пациента на получение конкретных Услуг (в том числе дополнительных), согласованием их объема, сроков и стоимости со стороны Заказчика/Пациента и не требует заключения отдельного дополнительного соглашения к настоящему договору в обязательном порядке (п. 3. Ст.438 ГК РФ).

3.3. В случае отказа Заказчика/Пациента от получения Услуг после заключения Договора, до или в процессе оказания ему Услуги (в том числе и комплексной), отказ оформляется записью в медицинской документации, подписывается Заказчиком или Пациентом и лечащим врачом на основании письменного заявления Заказчика/Пациента на имя Директора. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

3.4. Возврат уплаченных Заказчиком денежных средств в случае отказа от получения Услуг производится Исполнителем при предъявлении паспорта Заказчика в течение 30 рабочих дней через кассу Исполнителя.

#### 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

##### 4.1. Заказчик/Пациент обязуется:

4.1.1. Ознакомиться с тарифами, порядком и условиями предоставления Услуг по Договору;

4.1.2. Оплачивать оказываемые Услуги в порядке, определенном разделом 3 Договора;

4.1.3. Заблаговременно (не менее чем за сутки) информировать Исполнителя об обстоятельствах, требующих отмены или изменения установленного срока получения услуг; При возникновении боли либо иных жалоб между посещениями сообщить лечащему врачу/администратору либо незамедлительно явиться в Клинику.

4.1.4. Подтверждать в письменной форме согласие (или отказ) на получение Услуг (по форме приложения №1 к договору);

4.1.5. Предоставить Исполнителю все известные сведения о состоянии здоровья для качественного оказания Услуг (в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о перенесенных и имеющихся заболеваниях и противопоказаниях, о принимаемых лекарственных препаратах, кардиостимуляторе и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения); предоставить медицинские документы предварительных исследований и консультаций, выписки, заключения, касающиеся состояния здоровья, которыми он располагает на момент оказания услуг;

4.1.6. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих Услуги, соблюдать лечебно-охранительный режим, а также правила поведения в медицинской организации, режим работы медицинской организации. В случае несоблюдения, Исполнитель имеет право осуществлять перенос выполнения Услуг на более поздний срок;

4.1.7. Соблюдать гигиену полости рта и являться на бесплатные профилактические осмотры не реже одного раза в шесть месяцев, что является обязательным условием для действия гарантии на оказанные услуги.

4.1.8. Подписать согласие на обработку персональных данных, по форме Приложения №2 к договору.

4.1.9. Принять услуги путем подписания акта об оказании медицинских услуг.

##### 4.2. Заказчик/Пациент вправе:

4.2.1. Получать Услуги надлежащего качества в соответствии с настоящим договором;

4.2.2. Выбрать врача, оказывающего необходимые медицинские услуги.

4.2.3. Получать от Исполнителя медицинские документы и сведения о состоянии здоровья в соответствии с порядком и условиями, установленными действующим законодательством РФ и настоящим договором;

4.2.4. Отказаться от исполнения договора в любое время, предварительно уведомив об этом Исполнителя, и уплатив стоимость фактически оказанных медицинских услуг;

##### 4.3. Исполнитель обязуется:

4.3.1. Оказывать Услуги качественно, в соответствии с Федеральным законом N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", с использованием современных методов диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории РФ, в согласованном объеме и в срок;

4.3.2. Обеспечить Заказчика/Пациента доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи, в том числе о состоянии его здоровья, сведениях о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения.

4.3.3. Незамедлительно извещать Заказчика/Пациента о:

- невозможности оказания Услуг по Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объемов или изменению сроков оказания Услуг;

- о невозможности получить ожидаемые результаты или о нецелесообразности продолжения оказания Услуг с соответствующей аргументацией;

4.3.4. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством РФ порядке; выдать бесплатно медицинские документы (либо копии и выписки из них), имеющиеся у Исполнителя и отражающие состояние здоровья пациента после получения платных медицинских услуг в течении 10 рабочих дней с момента получения соответствующего запроса Заказчика.

4.3.5. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Услуг, а также денежных средств, поступивших от Заказчика/Пациента (выдавать документ строгой отчетности установленного образца, подтверждающий произведенную оплату оказанных медицинских услуг);

##### 4.4. Исполнитель вправе:

4.4.1. Требовать от Заказчика/Пациента исполнения всех предписаний, рекомендаций и назначений врача, занесенных в медицинскую карту, а также соблюдения режима лечения и графика посещений.

4.4.2. Требовать от Заказчика/Пациента своевременной оплаты оказанных Услуг;

4.4.3. Переносить сроки оказания Услуг в случае изменений в состоянии здоровья Пациента (состояния, являющиеся противопоказанием к оказанию Услуг); при отсутствии врача по уважительным причинам (по состоянию здоровья, в случаях командировок, повышения квалификации и т.д.) - в случае если Заказчик/Пациент нуждается в консультации конкретного специалиста, в случае явки не в назначенное время, опоздания на прием;

4.4.4. Проводить телефонное, электронное оповещение Заказчика/Пациента по вопросам, связанным с оказанием Услуг и имеющим существенное значение при их предоставлении.

4.4.5. Не заключать договор, приостановить оказание услуг или полностью отказаться от исполнения заключенного Договора (кроме случаев оказания медицинской помощи в экстренной форме) в случаях:

- при отказе Заказчика/Пациента от медицинского вмешательства либо отсутствия подписанного Заказчиком/Пациентом ИДС на медицинское вмешательство (Приложение №1)

- при невозможности подтвердить личность Заказчика/Пациента либо законное представительство,

- отсутствия нужного специалиста или технической возможности (оборудования, инструментов, медикаментов),

- нарушения Заказчиком/Пациентом или лицом, его сопровождающим, правил поведения (посещения) медицинской организации, либо нарушения общественного порядка или иное противоправное поведение, представляющего угрозу персоналу, другим посетителям и имуществу Исполнителя, а равно совершение в отношении персонала Клиники правонарушения/преступления,
- невыполнения Заказчиком/Пациентом рекомендаций/лечебно-охранительного режима или выявлении противопоказаний к оказываемым услугам,
- наличия задолженности Заказчика/Пациента по ранее оказанным услугам,
- нахождение Заказчика/Пациента в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения.

### 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

5.2. Претензии по качеству оказания Услуг по Договору рассматриваются в обязательном порядке врачебной комиссией и разрешаются путем переговоров представителей Сторон. Все неурегулированные сторонами в претензионном и ином досудебном порядке споры разрешаются в судебном порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание Услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено Договором или клиническими рекомендациями, а также за результаты оказанной услуги и возможные осложнения в случаях предоставления Заказчиком/Пациентом неполной или недостоверной информации о своем здоровье, либо вызванных медицинскими противопоказаниями, о которых Заказчик/Пациент умолчал либо не знал, а равно при несоблюдении Заказчиком/Пациентом указаний и рекомендаций Исполнителя и лечебно-охранительного режима, прерывания лечения, отказа от необходимых обследований, при завершении лечения в другом медицинском учреждении, самолечения, несвоевременном сообщении об осложнениях или аллергических реакциях на назначенные лекарственные препараты.

5.4. При предъявлении Заказчиком/Пациентом требований, в том числе при обнаружении недостатков оказанной медицинской услуги, Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

### 6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

6.1. В соответствии с Федеральным законом РФ от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных» Заказчик/Пациент дает Исполнителю согласие на предоставление и обработку персональных данных по форме Приложения №2.

6.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Заказчика/Пациента за получением Услуг, состоянии здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, которые составляют врачебную тайну в соответствии с Федеральным законом N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

6.3. Передача (предоставление доступа, распространение) Исполнителем сведений, составляющих персональные данные и врачебную тайну, другим лицам, в том числе в интересах Заказчика/Пациента допускается только с письменного согласия Заказчика/Пациента, а в предусмотренных законом случаях - и без такого согласия.

### 7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до конца текущего года. В случае, если ни одна из Сторон не заявит за 30 дней до истечения его действия о намерении расторгнуть Договор, срок его действия продлевается на один календарный год. Количество пролонгаций не ограничено.

7.2. В течение срока действия договора он может быть досрочно прекращен, изменен или дополнен в письменной форме по желанию одной из Сторон путем заключения Сторонами соответствующего соглашения, которое с момента его подписания будет являться неотъемлемой частью Договора.

7.3. Настоящий договор составлен в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

#### АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

##### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО «СК Эдельвейс-1»

Адрес юридический: 445035, Самарская область, г.

Тольятти, ул. Карбышева, д. 2А

Адрес фактический: 445035, Самарская область, г.

Тольятти, ул. Карбышева, д. 2А

ИНН/КПП 6321198025/632401001

ОГРН 1076320027255

Банк: Филиал «Нижегородский» АО «Альфа-Банк»

БИК 042202824

К/сч 30101810200000000824

Р/сч 40702810529520003325

##### ЗАКАЗЧИК:

Ф.

И.

О.

Дата рождения

Паспорт:

выдан

Адрес

Контактный телефон

##### Пациент

Ф.

И.

О.

Дата рождения

Паспорт/Св. о рождении:

выдан

Адрес

Контактный телефон

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
м.п.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) ФИО

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) ФИО

Договор прочитан Заказчиком/Пациентом лично. Заказчик/Пациент полностью понимает всю информацию, изложенную в Договоре, имел возможность задать все интересующие вопросы и получил на них исчерпывающие ответы. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией, наименование, выдавшего ее лицензирующего органа, получен. Заказчик/Пациент ознакомлен с действующим Прейскурантом до подписания Договора. Второй экземпляр Договора Заказчик/Пациент получил лично на руки.

Заказчик \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Пациент \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Информированное добровольное СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

В отношении несовершеннолетнего (до 15 лет) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г.р.  
Проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

*(Заполняется ФИО несовершеннолетнего, дата рождения и место проживания)*

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 (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в **Общество с ограниченной ответственностью "СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА ЭДЕЛЬВЕЙС-1" (ИНН 6321198025)**

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

**Сведения о выбранных мною лицах**, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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)**, \_\_\_\_\_ (Ф. И. О., телефон)

✓ \_\_\_\_\_  
подпись /Ф. И. О. медицинского работника

\_\_\_\_\_   
подпись /Ф. И. О. гражданина/законного представителя  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ (дата оформления)

**ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

В отношении несовершеннолетнего (до 15 лет) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г.р.  
Проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

*(Заполняется ФИО несовершеннолетнего, дата рождения и место проживания)*

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в **Общество с ограниченной ответственностью "СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА ЭДЕЛЬВЕЙС-1" отказываюсь от следующих видов** медицинских вмешательств, включенных 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 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать виды мед.вмешательства)

Медицинским работником \_\_\_\_\_ (ФИО, должность)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния) \_\_\_\_\_

*указываются возможные последствия отказа от вышеуказанных видов мед. вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)*

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

✓ \_\_\_\_\_  
подпись /Ф. И. О. медицинского работника

\_\_\_\_\_   
подпись /Ф. И. О. гражданина/законного представителя  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ (дата оформления)

**СОГЛАСИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ И ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью, дата рождения)

паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан (кем, когда) \_\_\_\_\_

1. В соответствии с требованиями статьи 9, 10, Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" даю свое **конкретное, предметное, информированное, сознательное, однозначное согласие ООО "СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА ЭДЕЛЬВЕЙС-1" (ОГРН 1076320027255, ИНН 6321198025)** (далее - Оператор) на обработку персональных данных, в том числе в отношении несовершеннолетнего \_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_,

включающих:

фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес регистрации/места жительства, контактные телефоны, реквизиты документа удостоверения личности, реквизиты полиса ОМС/ ДМС, электронную почту, место работы, СНИЛС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях,

**с целями:** обеспечения соблюдения требований законодательства РФ, в медико-профилактических целях, установления медицинского диагноза и оказания платных медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий в том числе постановки диагноза, идентификации пациентов (заказчиков) отражения информации в медицинской документации, предоставления информации страховым организациям (в случае оплаты ими оказываемых медицинских услуг), предоставлении предусмотренной законом отчетности в отношении оказанных услуг, выдаче справок об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ (для налогового вычета), соблюдения требований действующего законодательства, регламентирующего деятельность медицинских организаций, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

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

В процессе оказания Оператором медицинских услуг я предоставляю право Оператору передавать персональные данные (в том числе составляющие врачебную тайну), другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора, а также третьим лицам в случаях предусмотренных законодательством либо если это необходимо в интересах пациента/Оператора/заказчика при соблюдении мер должной защиты персональных данных от несанкционированного распространения, в том числе в страховые медицинские организации, организацию-заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров и т.д.

3. Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

4. Обработка персональных данных (за исключением хранения) прекращается по достижению цели обработки или прекращения обязательств по заключенным договорам и соглашениям.

5. Мне известно, что настоящее согласие можно отозвать путем направления письменного заявления Оператору. В этом случае Оператор прекращает обработку персональных данных Субъекта, а персональные данные подлежат уничтожению (за исключением подлежащих обязательному хранению).

6. Данное согласие действует в течение всего срока обработки персональных данных до момента, указанного в п. 4 или п. 5 настоящего согласия.

7. Подтверждаю ознакомление с положениями Политики в отношении обработки персональных данных ООО "СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА ЭДЕЛЬВЕЙС-1", размещенной по месту нахождения Оператора, а также на сайте Оператора: <https://jemzub.ru/>

Подпись субъекта персональных данных (законного представителя) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.