

Договор оказания платной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Алтайский краевой клинический перинатальный центр», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Молчановой Ирины Владимировны, действующего на основании Устава (лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01151-22-00553300 от 30.10.2020 выдана Министерством здравоохранения Алтайского края), публикует настоящий «Договор оказания платной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» (далее - Договор), являющийся публичной Офертой в адрес Потребителей платной медицинской помощи (медицинских услуг) с применением телемедицинских технологий в соответствии с требованиями ст. ст. 426, 437 Гражданского кодекса Российской Федерации, Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановление Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006», Приказа Министерства здравоохранения РФ от 30 ноября 2017 г. № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

Сторонами Договора являются Исполнитель и дееспособное физическое лицо, обратившееся за заключением Договора (далее – Потребитель) в своих интересах или в интересах другого лица.

Ознакомление Потребителя с Офертой осуществляется путем размещения действующей ее редакции на сайте по адресу: <https://online-visit.ru/>.

Потребитель, внимательно ознакомившись с текстом настоящей Оферты, в случае несогласия с каким-либо ее пунктом, имеет право воздержаться от использования предлагаемых услуг, и Договор считается незаключенным.

Полным и безоговорочным принятием (Акцептом) условий настоящей Оферты считается осуществление Потребителем конклюдентных действий: проставления отметок (галочек) о согласии с условиями настоящей Оферты и внесения оплаты за Услуги.

Акцепт настоящей Оферты означает, в том числе предоставление Потребителем согласия на обработку персональных данных и передачу сведений, составляющих врачебную тайну (Приложение 2 к настоящему Договору), а также Информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, в том числе включенные в Перечень определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (Приложение 1 к настоящему Договору).

Договор считается заключенным в письменной форме на основании положений ст. 160, п. 3 ст. 434, п. 3 ст. 438 ГК РФ (письменная форма договора считается соблюденной, если письменное предложение заключить договор принято путем Акцепта, совершенного конклюдентными действиями).

Договор заключается в каждом случае обращения Потребителя за платной медицинской помощью с применением телемедицинских технологий

Настоящая Оферта может быть в любое время в одностороннем порядке изменена Исполнителем. Такие изменения приобретают силу для Сторон только на будущее время.

1. Предмет Договора.

1.1. По настоящему Договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия



Потребителя, обязуется оказать ему платную медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий (далее - Услуга) в соответствии с требованиями, установленными законодательством, а Потребитель обязуется оплатить данную Услугу в соответствии с разделом 4 настоящего Договора.

1.2. В Услугу медицинского онлайн-консультирования входит:

1.2.1. Выбор врача, который будет проводить непосредственное медицинское онлайн-консультирование Потребителя;

1.2.2. Проведение медицинской онлайн-консультации с использованием сервиса, предоставляемого ООО «Рустелетех»;

1.2.3. Предоставление Потребителю заключения от врача с рекомендациями в форме электронных документов. При этом Потребитель понимает, что для наилучшего результата необходимо очно проконсультироваться с любым выбранным им самостоятельно профильным врачом.

1.3. Услуги оказываются в целях:

профилактики, сбора, анализа жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента;

принятия решения о необходимости проведения очного приема врача (осмотра, консультации).

1.4. Исполнитель оказывает Услугу дистанционно с использованием интернет-сервиса, предоставляемого ООО «Рустелетех», (Алтайский край, г. Барнаул, пл. Баварина дом 2, пом. Н-50), адрес электронной почты: ravel@online-visit.ru, телефон 89235612109.

1.5. Исполнитель подтверждает, что квалификация и компетенция врачей, оказывающих медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий, соответствует требованиям государственных стандартов, а области медицинского консультирования являются разрешенными действующей на момент оказания услуг лицензией Исполнителя.

2. Порядок и условия оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

2.1. Консультации при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий проводятся в режиме реального времени и (или) отложенных консультаций.

Проведение консультации при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в режиме реального времени предусматривает консультацию, при которой Потребитель непосредственно взаимодействует с медицинским работником Исполнителя.

Проведение консультации при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в режиме отложенных консультаций предусматривает консультацию, при которой медицинский работник Исполнителя дистанционно изучает медицинские документы пациента и иную информацию о состоянии здоровья пациента, готовит медицинское заключение без использования непосредственного общения с Потребителем. Отложенные консультации осуществляются врачом-рентгенологом при предоставлении Потребителем снимков в формате DICOM.

2.2. Потребитель самостоятельно осуществляет запись на консультацию к определенному медицинскому работнику (врачу) и в назначенное время происходит соединение медицинского работника (врача) с Потребителем.

2.3. Консультации не предоставляются по вопросам, когда врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Потребителем дистанционным способом; и по вопросам, когда необходимо получение дополнительной информации (инструментальные исследования, лабораторные исследования и пр.).



2.4. Медицинская помощь осуществляется врачом, который был выбран Потребителем самостоятельно. Вся информация об Исполнителе, врачах, проводящих консультации, размещается в открытом доступе на сайтах: <https://дар22.рф>, <https://online-visit.ru/>.

2.5. Документы, содержащие информацию об установленных диагнозах, перенесенных заболеваниях, об имеющихся противопоказаниях и аллергических реакциях, Потребитель передает Исполнителю до или во время консультации в электронном виде в Личном кабинете Потребителя на сайт: <https://online-visit.ru/>. Услуга «Описание и интерпретация компьютерных томограмм с применением телемедицинских технологий» предоставляется в случае предоставления пациентом компьютерных томограмм в формате DICOM.

2.6. При проведении консультаций Потребителя с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного Потребителю лечения, при условии установления лечащим врачом диагноза и назначения лечения по данному обращению на очном приеме (осмотре, консультации).

2.7. Результатом консультации является предоставление Потребителю заключения от врача с рекомендациями в форме электронных документов. При этом Потребитель понимает, что для наилучшего результата необходимо очно проконсультироваться с любым выбранным им самостоятельно профильным врачом.

2.8. В случае обращения Потребителя без предварительного установления диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации) медицинское заключение может содержать рекомендации о необходимости проведения предварительных обследований в случае принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

2.9. Информация, указанная в пунктах 2.6. – 2.7. настоящего Договора размещается в Личном кабинете Потребителя на сайте: <https://online-visit.ru/>, после предоставления указанной информации консультация считается завершенной.

2.10. Материалы, полученные по результатам оказания Услуги, включая материалы, направленные на консультацию, медицинское заключение по результатам консультации, данные, внесенные в медицинскую документацию пациента, а также аудио и видео записи консультаций, текстовые сообщения, голосовая информация, изображения, иные сообщения в электронной форме подлежат хранению в Личном кабинете Потребителя на сайте: <https://online-visit.ru/> (интернет-сервис, предоставляется ООО «Рустелетех», адрес электронной почты: pavel@online-visit.ru, телефон 89235612109) и вносятся в электронную медицинскую карту пациента медицинской информационной системы КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр» (адрес электронной почты akkpc@zdravalt.ru, телефон 8-(3852)-591-130). Хранение документации, осуществляется в течение сроков, предусмотренных для хранения соответствующей первичной медицинской документации. Срок хранения сопутствующих материалов составляет один год.

2.11. Предоставление документации (их копий) и выписок из них пациенту (или его законному представителю) осуществляется в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Определить сроки оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий согласно текущему режиму работы Исполнителя.

3.1.2. Оказать медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий по выбору Потребителя.

3.1.3. Предоставить Потребителю устные и письменные консультации по вопросам,



отнесенным к компетенции врача. Потребителю предоставляются консультации по всем вопросам, за исключением:

1) вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Потребителем дистанционным способом;

2) вопросов, для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии.

3.1.4. Предоставить в течении 1 (одного) рабочего дня по итогам оказания услуги заключение врача в форме электронных документов, направленных в Личный кабинет Потребителя на сайт: <https://online-visit.ru/>. Медицинское заключение не является диагнозом и носит исключительно рекомендательный характер.

3.1.6. Предпринимать общепринятые технические и организационные меры для обеспечения конфиденциальности информации, получаемой или отправляемой Потребителем.

3.1.7. Обеспечивать доступ третьих лиц к содержанию беседы и переписки Потребителя и Исполнителя исключительно в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. Получить необходимую достоверную информацию от Потребителя, а также медицинские и иные документы, необходимые для оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, в том числе историю болезни Потребителя и результаты анализов, в виде текста или графического изображения.

3.2.2. Определять и рекомендовать Потребителю необходимые виды, объем и сроки консультаций, диагностических исследований, прием лекарственных препаратов и лечебных процедур, выполнение лечебных, профилактических и иных мероприятий.

3.2.3. Отказать Потребителю в предоставлении Услуг в случае нарушения Потребителем условий настоящего Договора.

3.3 Потребитель обязуется:

3.3.1. Потребитель подтверждает, что на момент заключения Договора он является совершеннолетним, дееспособным гражданином, обладающим всеми правами для заключения и выполнения обязательств по настоящему Договору.

3.3.2. Потребитель обязуется указывать фамилию, имя и отчество пациента, и в дальнейшем фамилию, имя, отчество и должность врача при переписке с Исполнителем.

3.3.3. Предоставлять Исполнителю достоверные сведения о состоянии здоровья Потребителя на русском языке в виде документов, компьютерных файлов и устно, в том числе в соответствии с Приложением 2 к настоящему договору.

3.3.4. Информировать врача о перенесенных и хронических заболеваниях, травмах и хирургических вмешательствах, известных ему аллергических реакциях, непереносимости лекарственных препаратов, противопоказаниях к медицинским вмешательствам, а также о прохождении в текущий момент любых курсов лечения, как связанных с жалобами Потребителя, так и не связанных.

3.3.5. Принимая условия настоящего договора Потребитель соглашается с информированным добровольным согласием на медицинское вмешательство (оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий) в соответствии с Приложением 1 к настоящему договору, а также согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. На доступную достоверную информацию об оказании Услуги.

3.4.2. Требовать предоставления услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензий и сертификатов.



4. Стоимость Услуги и порядок расчетов

4.1. Стоимость Услуги, оказываемых по настоящему договору, определяется на основании действующего прейскуранта платных медицинских услуг Исполнителя. Прейскурант размещен на официальном сайте (<https://дар22.рф>). Стоимость Услуги не включает в себя банковскую комиссию, вознаграждение платежных систем и иные затраты, не связанные с оказанием медицинской помощи.

4.2. Оплата по договору осуществляется в безналичном порядке.

4.3. Оплата Услуги производится Потребителем в виде предоплаты в размере 100 % стоимости Услуги, с использованием сервиса, предоставляемого ООО «Рустелетех».

4.4. Доступ к Услуге предоставляется Потребителю только после поступления оплаты.

4.5. В случае отказа Потребителя от получения Услуги возврат предоплаты осуществляется по заявлению Пользователя, направленному в адрес ООО «Рустелетех».

4.6. В случае досрочного окончания оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий по инициативе Потребителя оплата возврату не подлежит.

4.7. Услуга считается оказанной после получения Потребителем медицинского заключения в форме электронного документа в Личном кабинете Потребителя на сайте: <https://online-visit.ru/>.

5. Ответственность сторон и порядок рассмотрения споров

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за ухудшение самочувствия Потребителя вследствие естественного течения заболевания и (или) изменений здоровья, связанных с его возрастом или генетическими особенностями.

5.3. Исполнитель полностью освобождается от ответственности за неисполнение, ненадлежащее исполнение, или иное, не указанное в Договоре, исполнение услуг, в случае предоставления Исполнителю ненадлежащего качества и/или достоверности данных о состоянии здоровья и течении заболевания Потребителя.

5.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств, препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

5.5. К обстоятельствам непреодолимой силы (форс-мажорные обстоятельства) относятся: землетрясение, наводнение, пожар, эпидемия, любое другое стихийное бедствие, акты и иные действия государственных органов, война и военные действия, несанкционированный взлом электронной информации и программного обеспечения, а также сбой в работе или полный выход из строя технического оборудования не по вине Потребителя либо Исполнителя.

6. Конфиденциальность

6.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

6.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, в соответствии с действующим законодательством РФ.



7. Срок действия Договора

7.1. Договор вступает в силу с момента оплаты Потребителем Услуги (медицинской помощи с применением телемедицинских технологий).

7.2. Договор считается исполненным по факту выполнения двухсторонних обязательств по настоящему договору.

7.3. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения Услуги договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

8. Заключительные положения

8.1. До заключения настоящего договора Потребитель уведомлен, что имеет право получать медицинскую помощь в других медицинских организациях, в том числе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и подтверждает свое согласие на получение платных медицинских услуг.

8.2. До заключения настоящего договора Исполнитель уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), может снизить качество предоставляемой медицинской помощи, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

8.3. Настоящий Договор представляет собой полное юридическое соглашение между Потребителем и Исполнителем и регулирует предоставление услуг по Договору.

8.4. Настоящий Договор формируется в электронном виде и хранится у Исполнителя.

8.5. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

9. Реквизиты сторон

Исполнитель:

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Алтайский краевой клинический перинатальный центр»

Место нахождения, почтовый адрес:

656045, г. Барнаул, Фомина, 154

Тел: 8 (3852) 591-130

ИНН 2225171626, КПП 222501001

КПП 222501001

ОГРН 1162225078113

Наименование получателя: МИНИСТЕРСТВО
ФИНАНСОВ АЛТАЙСКОГО КРАЯ (КГБУЗ
"АЛТАЙСКИЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР", л/с 20176Э80270)

л/с 20176Э80270

Казначейский счет: 03224643010000001700

Наименование банка: ОТДЕЛЕНИЕ БАРНАУЛ
БАНКА РОССИИ/УФК по Алтайскому краю, г.
Барнаул

Единый казначейский счет:
40102810045370000009

Главный врач И.В. Молчанова



Приложение 1

к договору оказания платной
медицинской помощи с
применением телемедицинских
технологий

КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр»
г. Барнаул, ул. Фомина, д. 154

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ «__» _____ г.р.,

ФИО пациента/потребителя (печатными буквами)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____
паспорт: _____, выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или
лица, признанного недееспособным: _____
(ФИО ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

зарегистрированная по адресу: _____

фактически проживающая по адресу: _____

(указывается, если не совпадает с местом регистрации)

телефон для связи: _____

(указание телефона означает согласие на получение информации по данному каналу связи*)

дополнительный телефон для связи: _____

(муж / мать / отец / иной родственник (нужное подчеркнуть))

настоящим подтверждаю, что:

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», Постановление Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006», Приказа Министерства здравоохранения РФ от 30 ноября 2017 г. № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий», я даю свое добровольное согласие:

-на проведение мне (представляемому мной лицу) телемедицинской консультации специалистами КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр».

Я подтверждаю, что мне доведены полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы об условиях, целях и задачах проведения телемедицинской консультации, о рисках и пользе телемедицинской консультации.

Я понимаю, что могу отказаться от любого медицинского вмешательства или потребовать его прекращения.

Я согласна с тем, что медицинская помощь, оказываемая с применением телемедицинских технологий, не заменяет очной консультации, и я (представляемое мной лицо) могу (можем) получить очную консультацию при непосредственном обращении в медицинское учреждение.

Я осознаю, что полученные в результате телемедицинской консультации заключения



будут иметь рекомендательный характер, и что дальнейшее ведение случая болезни (болезни представляемого лица) будет осуществляться по решениям непосредственно лечащего врача.

Я уведоmlена и согласна с тем, что, получая медицинскую помощь, оказываемую с применением телемедицинских технологий, в дальнейшем мне (представляемому мной лицу) рекомендовано получить очную консультацию любого врача выбранного самостоятельно, той же специальности на следующий день или незамедлительно, как только представится физическая возможность после получения медицинской помощи, оказываемой с применением телемедицинских технологий, с целью подтверждения или корректировки медицинского заключения.

Я согласна с тем, что использованная технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Учреждение не несет ответственности за их возникновение.

Я оповещена, что информация обо мне (лице, законным представителем которого я являюсь) и моих медицинских данных (медицинских данных лица, законным представителем которого я являюсь) будет конфиденциальной и может быть раскрыта только в ситуациях, предусмотренных ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я подтверждаю, что ознакомлена с действующим прейскурантом цен и согласна оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

Я удостоверяю, что текст информированного согласия на телемедицинскую консультацию мной прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют.

Я подтверждаю, что права и обязанности в области защиты персональных данных мне известны.

* - Я предупреждена о возможных рисках, существующих при передаче информации по телефону, в том числе:

- о возможностях доступа третьих лиц к направляемой информации в процессе её передачи, а также в результате указания неправильного номера телефона;

- существует вероятность неполучения информации по различным причинам, которые не зависят от передающего информацию (технические и другие причины).

Подпись пациента/потребителя/законного представителя: _____
подпись ФИО

Расписался в моем присутствии: _____
подпись должность, ФИО мед. работника

«_____» _____ 20_____ г.



КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр»
г. Барнаул, ул. Фомина, д. 154

СОГЛАСИЕ
субъекта на обработку персональных данных

Я, _____ «__» _____ г.р.,
(ФИО субъекта персональных данных (печатными буквами), дата рождения)
зарегистрированный(ая) по адресу: _____
фактически проживающий(ая) по адресу: _____
(указывается, если не совпадает с местом регистрации)
паспорт: серия: _____, номер _____, выдан _____
дата выдачи «__» _____ года, контактный телефон _____

Этот раздел бланка заполняется в случае, если субъект персональных данных не достиг совершеннолетия или является недееспособным:

Я, _____
(Ф.И.О. законного представителя (печатными буквами), дата рождения, контактный телефон)
паспорт: _____, выдан: _____
проживающего по адресу: _____
на основании: _____
(документ, подтверждающий полномочий законного представителя)
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,
признанного в установленном порядке недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» настоящим выражаю свое согласие на обработку КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр», расположенного по адресу: г. Барнаул, ул. Фомина, д. 154 (далее - Оператор) моих (представляемого мной лица) персональных данных, (в том числе, специальной категории персональных данных, касающейся состояния здоровья, биометрических персональных данных), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, гражданство, контактный телефон, место работы, реквизиты документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страхового номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения о состоянии моего (представляемого мной лица) здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендаций, в целях оказания мне (представляемому мной лицу) медицинских и медико-социальных услуг, в медикопрофилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, при условии, что обработка персональных данных, о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, а также иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством РФ сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора и третьим лицам, а также должностным лицам органов государственной власти Алтайского края в сфере охраны здоровья, образования и социальной защиты, обязанным сохранять охраняемую законом тайну, в интересах моего (представляемого мной лица) обследования, лечения и социального сопровождения.



Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, с моими персональными данными (персональными данными представляемого мной лица), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать мои (представляемого мной лица) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими представление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со 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 профессиональную тайну.

Я подтверждаю, что осведомлен(а) о внедрении системы видеонаблюдения на территории Оператора в целях обеспечения безопасности рабочего процесса, предупреждения возникновения чрезвычайных ситуаций и обеспечения объективности расследования в случаях их возникновения.

Мне известно, что медицинская организация, на основании данного мною согласия, вправе обрабатывать и передавать для обработки другим медицинским организациям мои (представляемого мной лица) персональные данные и данные медицинских исследований, необходимые для проведения очных/дистанционных (телемедицинских) консультаций без специального уведомления меня об этом.

Я подтверждаю, что согласен(а) на проведение врачебных обходов и консилиумов врачей, в ходе которых в присутствии других пациентов, находящихся со мной в палате, будут озвучены мои персональные данные, а также информация, составляющая врачебную тайну: сведения о моем (представляемого лица) диагнозе и иная информация о состоянии моего здоровья.

Настоящее согласие на обработку персональных данных действует на срок, необходимый для обработки и хранения персональных данных, не дольше, чем этого требуют цели обработки персональных данных, если срок хранения персональных данных не установлен федеральным законом, договором, стороной которого является субъект персональных данных. Обрабатываемые персональные данные подлежат уничтожению либо обезличиванию по достижении целей обработки или в случае утраты необходимости в достижении этих целей, если иное не предусмотрено действующим законодательством.

Я оставляю за собой право отозвать свое (представляемого мной лица) согласие на обработку персональных данных (полностью или частично) посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Я осведомлен(а), что мой отказ от предоставления согласия на использование моих персональных данных (персональных данных представляемого мной лица) не повлияет на качество медицинских услуг, которые мне (представляемому мной лицу) будут предоставлены.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне (представляемому мной лицу) до этого медицинской помощи.

Мне разъяснено Оператором, что в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

Я подтверждаю, что права и обязанности в области защиты персональных данных мне известны.

Настоящее согласие дано мной «__» _____ 20__ г. и действует до дня его отзыва.

подпись

ФИО





Документ подписан и передан через оператора ЭДО АО «ПФ «СКБ Контур»

	Организация, сотрудник	Доверенность: рег. номер, период действия и статус	Сертификат: серийный номер, период действия	Дата и время подписания
Подписи отправителя:	 ООО "РУСТЕЛЕТЕХ" КЛИМОВ АЛЕКСЕЙ СЕРГЕЕВИЧ, ДИРЕКТОР	 Не требуется для подписания	011005520077AF59B447D9106FF C17E55E с 26.12.2022 07:48 по 26.03.2024 07:48 GMT+03:00	26.09.2023 10:35 GMT+03:00 Подпись соответствует файлу документа
Подписи получателя:	 КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "АЛТАЙСКИЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР" Молчанова Ирина Владимировна, Главный врач	 Не требуется для подписания	0099F71E975E45C2C1AB9C8662F D5CB41E с 02.12.2022 07:46 по 25.02.2024 07:46 GMT+03:00	26.09.2023 11:05 GMT+03:00 Подпись соответствует файлу документа