

УВЕДОМЛЕНИЕ

Договор составлен в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесенных изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006» и Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В соответствии с пунктом 24 Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, до заключения договора Исполнитель письменно уведомляет Потребителя(Пациента) (Законного представителя недееспособного, либо ограниченно дееспособного, законного представителя несовершеннолетнего лица) о том, что несоблюдение указаний(рекомендаций) исполнителя(медицинского работника предоставляющего медицинскую услугу) 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 здоровья потребителя.

√ _____
(подпись) _____ (расшифровка подписи)

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

«__» _____ 20__ г.

ООО «Анапский медицинский диагностический центр», свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ от 28.11.2002 года серия 23 №001433267, ОГРН 1022300519317, лицензия № ЛО41-01126-23/00324480 выдана 15.05.2020 года МЗ КК, в лице директора Акопова Левона Рафаеловича, действующего на основании Устава, фактический адрес: 353440, Краснодарский край, Анапский р-н, Анапа г, Черноморская ул, дом 286, именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», с одной стороны, и _____ (дата рождения) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «ПОТРЕБИТЕЛЬ(ПАЦИЕНТ)»(Законный представитель недееспособного, либо ограниченно дееспособного, законный представитель несовершеннолетнего лица), с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Исполнитель принимает на себя обязательства оказать Потребителю(Пациенту), указанные в «Прейскуранте медицинских услуг» Исполнителя, действующем на момент оказания услуг, а Потребитель(Пациент) (Законный представитель недееспособного, либо ограниченно дееспособного, законный представитель несовершеннолетнего лица) обязуется своевременно оплатить стоимость оказываемых услуг Исполнителя, а также выполнять требования Исполнителя, направленные на обеспечение качественного предоставления услуг, включая сообщение необходимой для оказания медицинских услуг информации.
- 1.2. Платные медицинские услуги, оказываемые Исполнителем, соответствуют номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации. Стоимость оказываемых платных медицинских услуг оплачивается в соответствии с прейскурантом Исполнителя, действующим на момент оказания услуг. С действующим прейскурантом, содержащим перечень платных медицинских услуг, с указанием цен в рублях, можно ознакомиться на информационном стенде и/или официальном сайте медицинской организации.
- 1.3. Заключая настоящий Договор Потребитель(Пациент)(Законный представитель недееспособного, либо ограниченно дееспособного, законный представитель несовершеннолетнего лица), информирован о возможности получения медицинских услуг бесплатно в организациях участвующих в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
- 1.4. Настоящий Договор Потребитель(Пациент)(Законный представитель недееспособного, либо ограниченно дееспособного, законный представитель несовершеннолетнего лица) заключил, находясь в здравом уме, ясной памяти и действует на основании добровольной инициативы, имея достаточно времени для принятия осознанного решения, без давления и принуждения с чьей-либо стороны, выбрал услугу(у) и порядок ее оказания, установленный настоящим Договором и приложениями к нему.
- 1.5. Необходимым предварительным условием оказания услуг является дача информированного добровольного согласия Потребителем(Пациентом)(Законным представителем недееспособного, либо ограниченно дееспособного, законным представителем несовершеннолетнего лица). Подписание информированного добровольного согласия является подтверждением, что вся необходимая информация об оказываемых платных медицинских услугах Потребителю(Пациенту)(Законному представителю недееспособного, либо ограниченно дееспособного, законному представителю несовершеннолетнего лица) предоставлена в полном объеме, в доступной форме разъяснены методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, виды медицинского вмешательства, их последствия и ожидаемые результаты оказания медицинской помощи.
- 1.6. Подписание Потребителем(Пациентом)(Законным представителем недееспособного, либо ограниченно дееспособного, законным представителем несовершеннолетнего лица) информированного добровольного согласия считается для Сторон согласованным объемом медицинских услуг по данному договору.
- 1.7. Исполнитель оказывает медицинские услуги по месту нахождения Исполнителя либо по предварительной договоренности по месту нахождения Потребителя(Пациента). Предоставление услуг происходит согласно режиму и порядку работы Исполнителя.
- 1.8. Исполнитель вправе привлекать третьих лиц для оказания медицинских услуг по настоящему Договору, оставаясь ответственным перед Потребителем(Пациентом)(Законным представителем недееспособного, либо ограниченно дееспособного, законным представителем несовершеннолетнего лица) за действия таких лиц.
- 1.9. Настоящий договор заключен в соответствии с ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 года №2300-1, Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и действует с момента подписания до полного исполнения Сторонами обязательств по настоящему Договору, либо до уведомления о расторжении договора одной из сторон.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 2.1. Исполнитель имеет право:
 - 2.1.1. Требовать от Потребителя(Пациента)(Законного представителя недееспособного, либо ограниченно дееспособного, законного представителя несовершеннолетнего лица) оплаты медицинских услуг.
 - 2.1.2. Отказать Потребителю(Пациенту) в оказании услуг при несоблюдении правил поведения в медицинском центре, при несоблюдении рекомендаций врача и лечебно-охранительного режима, при невозможности оказать медицинскую услугу в данном клиническом случае, когда услуга не предусмотрена прейскурантом Исполнителя.
 - 2.1.3. Получать от Потребителя(Пациента)(Законного представителя недееспособного, либо ограниченно дееспособного, законного представителя несовершеннолетнего лица) информацию о заболевании, а так же для целей персонализированного учета.
 - 2.1.4. По требованию Потребителя(Пациента)(Законного представителя недееспособного, либо ограниченно дееспособного, законного представителя несовершеннолетнего лица), а так же в случае производственной необходимости на замену лечащего врача.
 - 2.1.5. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в научных и медицинских целях, при условии обезличивания персональных данных Потребителя(Пациента).
 - 2.1.6. В целях обеспечения безопасности рабочего процесса, поддержание порядка, предупреждение возникновения чрезвычайных ситуаций и обеспечение объективности расследования в случаях их возникновения вести видеонаблюдение в помещениях ООО «Анапский медицинский диагностический центр».
- 2.2. Потребитель(Пациент)(Законный представитель недееспособного, либо ограниченно дееспособного, законный представитель несовершеннолетнего лица) имеет право:

- 2.2.1. На охрану здоровья и медицинскую помощь.
- 2.2.2. На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала.
- 2.2.3. Требовать предоставления услуг надлежащего качества, получать информацию о состоянии здоровья Потребителя(Пациента), о результатах оказания услуг.
- 2.2.4. Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия.
- 2.2.5. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.
- 2.2.6. Отказаться от исполнения услуг, посредством предоставления письменного отказа от лечения, при оплате фактически выполненных услуг.
- 2.2.7. Получать информацию о профессиональном образовании, квалификации медицинских работников участвующих в предоставлении платных услуг.
- 2.3. Исполнитель обязан:
 - 2.3.1. Организовывать и осуществлять предоставление медицинских услуг в соответствии с законодательными и иными нормативно- правовыми требованиями установленными на территории Российской Федерации.
 - 2.3.2. Оказывать услуги надлежащего качества с соблюдением требований, предъявляемых к методам диагностики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации в соответствии с порядками, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов иедицинской помощи.
 - 2.3.3. Обеспечивать защиту сведений составляющих врачебную тайну.
 - 2.3.4. Вести медицинскую документацию в установленном порядке.
 - 2.3.5. Информировать в доступной форме о перечне платных услуг, с указанием цен в рублях и порядке оплаты, сроках ожидания предоставления платных услуг и графике работы структурных подразделений Исполнителя.
- 2.4. Потребитель(Пациент)(Законный представитель недееспособного, либо ограниченно дееспособного, законный представитель несовершеннолетнего лица) обязан:
 - 2.4.1. Дать информированное добровольное согласие.
 - 2.4.2. Оплатить услуги согласно прейскуранта Исполнителя.
 - 2.4.3. Соблюдать правила внутреннего распорядка и поведения пациента утвержденные Исполнителем, а также правила поведения в общественных местах, правила пожарной безопасности и санитарно-противоэпидемический режим.
 - 2.4.4. Выполнять рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о состоянии здоровья, включая сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях, переносимости лекарств, препаратов и процедур, о проводимом ранее лечении, принимаемых препаратах, соблюдать согласованный график для диагностики, лечения и плановых осмотров, соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, следовать рекомендациям по профилактике.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ, УСЛОВИЯ И СРОКИ ОЖИДАНИЯ

- 3.1. Стоимость предоставляемых медицинских услуг определяется «Прейскурантом медицинских услуг» Исполнителя, действующим на момент оказания услуг.
- 3.2. Пациент(Законный представитель недееспособного, либо ограниченно дееспособного, законный представитель несовершеннолетнего лица) оплачивает услуги в порядке 100% предоплаты в российских рублях, путем внесением наличных денежных средств в кассу Исполнителя, или по безналичному расчету на расчетный счет организации, посредством эквайринга (банковской картой).
- 3.3. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг устанавливаются Исполнителем не более 3(трех) рабочих дней с даты 100% предоплаты на выполняемые работы, оказываемые услуги, предусмотренные лицензией на медицинскую деятельность Исполнителя и действующим на момент оплаты прейскурантом, а при привлечении третьих лиц для оказания медицинских услуг не превышают 30 (тридцать) рабочих дней с даты оплаты, кроме случаев когда технология оказания услуги подразумевает более длительные сроки.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с договором. В случаях нерегулируемых договором, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 4.2. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств, если при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру выполняемых действий, он принял все меры для надлежащего исполнения обязательств, однако, ожидаемый Потребителем(Пациентом)(Законным представителем недееспособного, либо ограниченно дееспособного, законным представителем несовершеннолетнего лица) результат не был достигнут.
- 4.3. Потребитель(Пациент)(Законный представитель недееспособного, либо ограниченно дееспособного, законный представитель несовершеннолетнего лица) вправе действовать в соответствии с Законом РФ от 07.02.2092г. №2300-1 «О защите прав потребителей».
- 4.4. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).
- 4.5. При отказе от дальнейшего медицинского вмешательства (прекращения лечения) по своему желанию Потребитель(Пациент)(Законный представитель недееспособного, либо ограниченно дееспособного, законный представитель несовершеннолетнего лица) несет риски неблагоприятных последствий.
- 4.6. В случае причинения ущерба имуществу Исполнителя Потребитель(Законный представитель недееспособного, либо ограниченно дееспособного, законный представитель несовершеннолетнего лица) обязан возместить причинный ущерб в полном объеме.

5. СПОСОБЫ, ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОБРАЩЕНИЙ

- 5.1. Для получения копии медицинских документов или выписок из них Потребитель либо его законный представитель представляет запрос о предоставлении копий и выписок на бумажном носителе (при личном обращении или по почте), который составляется в порядке утвержденном Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».
- 5.2. При подаче запроса лично, а также при личном получении копии медицинских документов и выписок из них Потребитель либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель потребителя дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.
- 5.3. В случае выбора способа получения Потребителем (его законным представителем) запрашиваемых копий медицинских документов или выписок из них по почте соответствующие копии или выписки из них направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.
- 5.4. Предоставление Потребителю либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 рабочих дней с момента подачи заявления Потребителем.
- 5.5. Потребитель(Пациент)(Законный представитель недееспособного, либо ограниченно дееспособного, законный представитель несовершеннолетнего лица) подтверждает, что уведомлен Исполнителем о том, что все обращения и жалобы, связанные с исполнением настоящего Договора, должны направляться Потребителем(Пациентом)(Законным представителем недееспособного, либо ограниченно дееспособного, законным представителем несовершеннолетнего лица) в письменном виде почтой России либо доставляться нарочно по адресу Исполнителя 353440, Краснодарский край, город Анапа, ул. Черноморская, 28Б. В целях сохранения врачебной тайны Стороны установили, что при отправке обращений (жалоб), связанных с исполнением настоящего Договора, электронная почта Сторонами не используется. Иные запросы, не являющиеся обращениями и/или жалобами, связанными с исполнением настоящего Договора направляются в порядке, установленном законодательством РФ, действующим на момент отправки.
- 5.6. Потребитель(Законный представитель недееспособного, либо ограниченно дееспособного, законный представитель несовершеннолетнего лица) имеет право направить обращение (жалобу) в письменном виде на бумажном носителе по почте, в электронном виде с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», в том числе официального сайта органа государственного надзора, иных уполномоченных федеральных органов исполнительной власти, адреса контролирующих органов размещены на стенде потребителя в регистратуре медицинского центра.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

- 6.1 В случае отказа Потребителя(Пациента)(Законного представителя недееспособного, либо ограниченно дееспособного, законного представителя

несовершеннолетнего лица) после заключения Договора от получения медицинских услуг, Договор расторгается по инициативе Потребителя(Пациента)(Законного представителя недееспособного, либо ограниченно дееспособного, законного представителя несовершеннолетнего лица), при этом Потребитель(Пациент)(Законный представитель недееспособного, либо ограниченно дееспособного, законный представитель несовершеннолетнего лица) обязан оплатить Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

- 6.2 Отказ от исполнения обязательств по Договору возможен по инициативе одной из сторон в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств.
- 6.3 Настоящий Договор может быть изменен по соглашению Сторон. Все изменения и дополнения к настоящему Договору должны быть совершены в письменной форме.
- 6.4 Все споры и разногласия, которые могут возникнуть по настоящему Договору или в связи с ним, Стороны будут стремиться решить путем переговоров и обменом письменными претензиями. Соблюдение претензионного порядка разрешения споров по настоящему Договору является обязательным для Сторон.
- 6.5 Все претензии о неисполнении, либо ненадлежащем исполнении другой Стороной условий настоящего Договора, Стороны оформляют в письменном виде и направляют друг другу по почте заказными письмами с уведомлением о вручении, либо доставляют с курьером и вручают под роспись уполномоченным представителям Сторон. Ответ на письменные претензии потерпевшей Стороны другая Сторона должна предоставить в течение 10 (Десяти) дней с момента получения претензии. Претензия должна быть обоснована и сопровождаться подтверждающими документами, если это вытекает из сущности требования.
- 6.6 В случае невозможности разрешения спорных вопросов в досудебном порядке спор передается на разрешение в суд Российской Федерации. По соглашению Сторон устанавливается договорная подсудность рассмотрения споров - судом общей юрисдикции по месту нахождения Исполнителя.
- 6.7. В случае расторжения договора по инициативе Потребителя(Пациента)(Законного представителя недееспособного, либо ограниченно дееспособного, законного представителя несовершеннолетнего лица), оплата за медицинские услуги и/или исследования, которые уже были фактически оказаны, возврату не подлежит.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания обеими Сторонами и действует бессрочно. Стороны согласовали, что подписание данного договора Исполнителем возможно при помощи факсимильного воспроизведения подписи в соответствие с п.2, ст. 160 ГК РФ.
- 7.2. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.
- 7.3. В случае невозможности разрешения споров или разногласий путем переговоров, они могут быть переданы инициативной стороной в суд по месту нахождения ИСПОЛНИТЕЛЯ. Применимое право в суде - действующее законодательство РФ.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО «Анапский Медицинский Диагностический Центр»
 Юридический адрес: 853454, Краснодарский край, город Анапа, ул. Омелькова, 14Б. Фактический адрес: 353440, Краснодарский край, Анапский р-н. Анапа г. Черноморская ул, дом 28б
 Лицензия на осуществление медицинской деятельности от 15.05.2020 года № Л041-01126-23/00324480 выдана Министерством здравоохранения КК, расположенным по адресу: г. Краснодар, ул. Коммунаров, 276
 Тел. 8(861)9925291, 8(861)9925301 (факс)
 ИНН/КПП 2301028123/230101001
 ОГРН 1022300519317
 Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ от 28.11.2002 года серия 23 №001433267
 Орган, осуществивший государственную регистрацию: Министерство РФ по налогам и сборам, расположенное по адресу: Краснодарский край, г-к Анапа, ул. Шевченко, д.1
 Тел. 8(800)2222222
 Банковские реквизиты:
 Расчетный счет № 40702810230000018778
 К/сч № 3010181010000000602 БИК 040349602
 в Краснодарском отделении №8619 ПАО Сбербанк г. Краснодар
 Тел.8(86133)39497,8(86133)58303,8(918)4129955
 Перечень работ(услуг) в зависимости от места оказания услуг: Приложение №1
 WEB-сайт: <http://www.neomed-anapa.ru>

Директор
 ООО «АМДЦ» _____ (Л.Р. Акопов)

ПОТРЕБИТЕЛЬ(ПАЦИЕНТ):

Фамилия, имя, отчество: _____

Адрес места жительства: _____

Телефон: _____

E-mail: _____

Паспорт: серия _____ № _____, выдан _____

код подразделения _____

В случае, если Пациентом является несовершеннолетний или недееспособный либо ограниченно дееспособный гражданин, от имени и в интересах Пациента действует Законный представитель:

ЗАКАЗЧИК

Фамилия, имя, отчество: _____

Адрес места жительства: _____

Телефон: _____

E-mail: _____

Паспорт: серия _____ № _____, выдан _____, код подразделения _____

Данные документа, удостоверяющего представительство: _____

подпись _____ / _____



анапский медицинский диагностический центр

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____, паспорт _____, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ, и Федерального закона от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Анапский Медицинский Диагностический Центр» (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дату рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства, место регистрации, дату регистрации, контактные телефоны, адрес электронной почты, страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии). А также являясь законным представителем несовершеннолетнего/ей: Номер медицинской карты. Богосян Христина Сетраковна Дата рождения (далее Потребитель) подтверждаю свое согласие на обработку Оператором персональных данных Потребителя, включающих: фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дату регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования, номер полиса обязательного медицинского страхования, номер полиса добровольного медицинского страхования (при наличии), анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работников, оказавших медицинскую услугу, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных Уставом Оператора.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи, я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные Потребителя, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования и лечения Потребителя.

Оператор вправе осуществлять обработку автоматизированным и неавтоматизированным способом моих персональных данных и персональных данных Потребителя посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, в связи с чем предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и персональными данными Потребителя, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по указанному выше договору на обмен (прием и передачу) моими персональными данными и персональными данными Потребителя со стационарными учреждениями, клиническими лабораториями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их конфиденциальность, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным хранить врачебную тайну.

Срок хранения моих персональных данных и персональных данных Потребителя в электронной форме не превышает установленный законодательством и нормативными актами срок хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. По истечении срока хранения моих персональных данных в электронной форме (двадцать пять лет) Оператор обязан уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, и уведомить меня об этом.

Передача моих персональных данных и персональных данных Потребителя иным лицам, их ознакомление. Или иное их распространение может осуществляться только с моего согласия.

Настоящее согласие дано мной _____

Я уведомлен о том, что настоящее согласие действует до даты его отзыва мною путем направления Оператору письменного сообщения об указанном отзыве в форме, установленной законодательством Российской Федерации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку и уничтожить персональные данные в срок, не превышающий трех рабочих дней, со дня поступления указанного отзыва, и уведомить меня об этом.

√ _____ / _____



диагностический центр

СОГЛАСИЕ

на получение рассылки рекламно-информационных материалов

от «___» _____ 20__ г.

В соответствии с Федеральным законом от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе» и Федеральным законом от 07.07.2003 г. № 126-ФЗ «О связи», настоящим я, действуя по своей воле и в своем интересе, даю свое согласие ООО «Анапский медицинский диагностический центр» (ИНН 2301028123, расположенное по адресу: 353411, Краснодарский край, город Анапа, улица Омелькова, 14Б) (далее - Общество) на направление мне на указанные мной в договоре об оказании услуг контактные данные (номер телефона и/или электронную почту) сообщений в информационных, рекламно-информационных целях об услугах (сервисах) Общества, а именно: рассылку об акциях, мероприятиях, контенте и др. информационного и рекламного характера, в виде sms-сообщений, и/или электронных писем, и/или сообщений в мессенджерах, и/или push-уведомлений, и/или посредством телефонных звонков.

Я согласен(а) с тем, что текст данного мной по собственной воле и в моих интересах согласия хранится в электронном виде в базе данных и подтверждает факт согласия на обработку персональных данных в соответствии с вышеизложенными положениями, и беру на себя ответственность за достоверность предоставления персональных данных.

Я подтверждаю, что владею информацией о том, что в любой момент в течение всего срока действия настоящего согласия, я вправе отозвать согласие и отписаться от получения рассылки путем перехода по соответствующей ссылке, существующей в любом письме. Также я информирован(-а), что при возникновении вопросов относительно отказа от рассылки, я могу обратиться за помощью, отправив письмо в службу технической поддержки Общества (neomed.prime@yandex.ru). Настоящее согласие предоставляется на неограниченный срок при отсутствии сведений о его отзыве. Настоящим подтверждаю, что мои конклюдентные действия (заключение договора об оказании услуг и собственноручная подпись) являются достаточной формой согласия и позволяют подтвердить сторонам факт получения такого согласия, при этом иных доказательств для дополнительного подтверждения моего свободного волеизъявления не потребуется.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле.

√ _____ / _____