

ДОГОВОР № \_\_\_\_\_  
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

г. Москва

«\_\_\_\_\_» 20\_\_\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «ПЛАНДЕНТ» в лице генерального директора Бойкова Михаила Игоревича, действующего на основании устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и

, далее именуемый(-ая, -ые) «Потребитель (-и)», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее – «Договор») о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Предметом настоящего Договора является оказание Потребителю (-ям) за плату стоматологических услуг в течение срока действия настоящего Договора.

1.2. Виды и объем предоставляемых платных стоматологических услуг определяются Потребителем (-ями) и Исполнителем по взаимному согласию.

1.3. Виды и объем платных стоматологических услуг считаются согласованными Сторонами в момент их оплаты Потребителем (-ями).

1.4. Медицинская помощь при предоставлении платных стоматологических услуг организуется и оказывается:

а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации;

б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

в) на основе клинических рекомендаций;

г) с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).

1.5. Платные стоматологические услуги соответствуют номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию потребителя и (или) заказчика.

1.6. Платные стоматологические услуги оказываются в соответствии лицензией на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/02615851 от 08.07.2025, выданной Департаментом здравоохранения города Москва, бессрочно. Адрес Департамента здравоохранения города Москвы: 127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, стр.1. Телефон 8 (495) 251-83-00

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН****2.1. Исполнитель обязан:**

2.1.1. Оказывать с согласия Потребителя (-ей) платные стоматологические услуги в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и условиями Договора на основании действующей (-их) лицензии (-ий).

2.1.2. Предоставлять по желанию Потребителя (-ей) информацию о методах рекомендуемого лечения и о возможных осложнениях, включая технологические особенности манипуляции, процедуры, вмешательства.

2.1.3. Соблюдать врачебную тайну, обеспечить защиту прав Потребителя (-ей) при обработке его/их персональных данных и не предоставлять его/их персональные данные третьим лицам (кроме случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации). С согласия и на основании заявления Потребителя (-ей) или его/их законного (-ых) представителя (-ей) допускается передача сведений, относящихся к персональным данным, третьим лицам в интересах обследования и лечения Потребителя (-ей).

2.1.4. Вести учет оказанных Потребителю (-ям) платных стоматологических услуг.

2.1.5. Составить для Потребителя рекомендуемый план лечения, в случае, если лечение предполагает несколько этапов, согласовать его с Потребителем. При наличии показаний, изменении состояния здоровья пациента, План лечения может быть скорректирован в части сроков, объемов услуг и их стоимости при обязательном согласовании изменений с Потребителем.

2.1.6. Информировать Потребителя о стоимости услуг до их оказания: указать конкретную сумму, когда объем и характер работы очевидны; указать предварительную сумму, когда объем и характер работы можно определить только в процессе лечения. По требованию Потребителя может быть составлена предварительная смета (финансовый план) на лечение.

2.1.7. Предложить Потребителю ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на комплекс диагностических мероприятий, а также на каждый вид планируемого медицинского вмешательства.

2.1.8. Предоставлять Потребителю (законному представителю Потребителя – родителю, усыновителю, попечителю) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

а) о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

б) об используемых при предоставлении платных стоматологических услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

2.1.9. Не оказывать услуги Потребителю, если отсутствуют показания к медицинской помощи либо имеются противопоказания для проведения той или иной манипуляции. Исполнитель имеет право запросить у Потребителя медицинскую справку об отсутствии противопоказаний к медицинскому вмешательству.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Требовать от Потребителя (-ей) предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему/им платных стоматологических услуг.

2.2.2. Привлекать, при необходимости, третьих лиц, имеющих необходимые разрешения, для оказания Потребителю (-ям) отдельных видов платных стоматологических услуг, предусмотренных настоящим Договором.

2.2.3. В случае возможной угрозы жизни и/или здоровью Потребителя (-ей) самостоятельно определять объем платных стоматологических услуг. Отказ Потребителя (-ей) от получения рекомендованной медицинской помощи с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Потребителем (-ями) либо его законным (-ыми) представителем (-ями), а также медицинским работником Исполнителя.

2.2.4. При выявлении у Потребителя (-ей) противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий отказать ему/им в их проведении и возвратить Потребителю (-ям) денежные средства, уплаченные им для получения платных медицинских услуг.

2.2.5. Отказать в оказании платных медицинских услуг Потребителю (-ям), находящемуся (-имся) в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

2.2.6. В случае наступления обстоятельств, которые зависят от Потребителя и способны снизить качество оказываемых услуг либо привести к невозможности оказать их в согласованные сроки, в частности:

а) несоблюдение Потребителем данных врачом рекомендаций и невыполнение назначений;

б) отказ от дополнительных показанных обследований, без которых не представляется возможным поставить диагноз, подтвердить или опровергнуть наличие противопоказаний, проводить лечение;

в) нарушение правил внутреннего распорядка Исполнителя;

г) некорректное, неэтичное, деструктивное поведение Потребителя в отношениях с лечащим врачом, приведшее к отказу лечащего врача от лечения и наблюдения Потребителя (невозможность установления терапевтического сотрудничества с пациентом)

- Исполнитель однократно информирует Потребителя о необходимости устранения перечисленных обстоятельств устно и в письменном виде путем направления письма по указанному заказчиком адресу. Если после этого Потребитель не устранит перечисленные обстоятельства, Исполнитель имеет право в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора с Потребителем (ст. 36 Закона РФ «О защите прав потребителей»). О факте одностороннего отказа Потребитель уведомляется однократно в письменном виде. Отказ возможен только при отсутствии состояния Потребителя, угрожающего его жизни (экстренного состояния).

2.3. Потребитель (-ли) обязан (-ы):

2.3.1. Принять, своевременно и в полном объеме в соответствии с условиями Договора произвести оплату за оказываемые, в том числе в неотложном порядке без согласования с Потребителем, стоматологические услуги.

2.3.2. Соблюдать условия Договора, Правила внутреннего распорядка (Правила оказания платных медицинских услуг) Исполнителя, бережно относиться к имуществу Исполнителя, соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности.

2.3.3. Оказывать содействие Исполнителю при оказании медицинских услуг (ст. 718, 783 ГК РФ) в частности:

а) предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья, в том числе о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях и т.п.;

б) соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения. В случае несоблюдения рекомендаций и назначений лечащего врача Потребитель несет риск ненаступления положительного исхода лечения, а также риски наступления возможных негативных последствий для здоровья (обострения клинической ситуации, перехода заболевания в хроническую стадию по причине недолеченности и пр.);

в) выполнить план лечения, на реализацию которого Потребитель дал согласие. При возникновении обстоятельств, препятствующих (временно препятствующих) выполнению плана, подойти на консультацию к лечащему врачу с тем, чтобы обсудить необходимую коррекцию плана лечения;

г) своевременно посещать лечебные и последующие профилактические приемы, понимая важность своевременного лечения для собственного здоровья. В случае невозможности явки по уважительной причине, предупредить об этом Исполнителя за 24 часа любым доступным способом;

д) на протяжении лечения у Исполнителя уведомить и согласовать с ним прием лекарственных средств, средств народной медицины;

е) в случае возникновения осложнений либо претензий по качеству лечения обратиться первоначально к Исполнителю с целью фиксации факта осложнения или недостатка, а также первой помощи. После этого Потребитель вправе самостоятельно выбрать медицинскую организацию для устранения недостатка, если таковой будет установлен;

ж) в случае получения услуг по ортопедическому лечению, при наличии не более 6 собственных зубов на одной челюсти, предоставить врачу стоматологу ортопеду собственный фотоснимок улыбки давности не более 10 лет.

2.3.4. Добросовестно ознакомиться с информацией, предоставленной Исполнителем и его медицинскими работниками и подтвердить факт ознакомления и согласия личной подписью в листе информированного согласия, планах лечения, а также в медицинской карте. Удостоверить личной подписью сообщенные сведения о своем состоянии здоровья.

2.3.5. Информировать Исполнителя об изменениях адреса места жительства (места пребывания), номера телефона, паспортных данных и т.д. в течение 7 (Семи) календарных дней после получения информации об изменениях.

2.4. Потребитель (-ли) имеет (-ют) право:

2.4.1. Получать имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его/их диагнозе (-ах) и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

2.4.2. По письменному запросу проводить сверку взаиморасчетов с Исполнителем и получить документы для оформления в установленном порядке социального налогового вычета.

2.4.3. Растворгнуть Договор в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору (п. 5.2).

### **3. ТАРИФЫ НА УСЛУГИ. СТОИМОСТЬ УСЛУГ. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.**

3.1. Стоимость стоматологических услуг, оказываемых Потребителю (-ям) по Договору, определяется тарифами (прайс-листом) на стоматологические услуги, действующими на момент оказания услуги.

3.2. Стоимость лечения в каждом конкретном случае обращения Потребителя определяется исходя из поставленного диагноза и необходимого объема услуг (работ), а также Плана лечения, утвержденного врачом и согласованного с Потребителем в соответствии с Прайс-листом Исполнителя, действующим на момент оказания услуги.

3.3. Цена услуг в ходе лечения может изменяться 1 раз в год, но не более чем на 10 %. При согласовании с Потребителем финансового плана стоимость лечения остается неизменной при условии неизменности плана лечения.

3.4. Оплата оказанных услуг производится по профилю стоматология терапевтическая, стоматология хирургическая, стоматология профилактическая - непосредственно после приема врача (оказания услуги).

Стороны соглашаются, что услуги по профилю стоматология ортопедическая, оплачиваются на условиях предоплаты: 40% стоимости – до начала выполнения плана лечения (до начала оказания услуг), 60% - в день сдачи работы; услуги по профилю ортодонтия оплачиваются на следующих условиях: 50% стоимости вносится Потребителем при фиксации брекет-системы, оставшаяся сумма – равными платежами ежемесячно до окончания лечения.

3.5. Оплата услуг производится Потребителем в рублях в наличной или безналичной формах. В случае нехватки денежных средств для оплаты оказанных услуг либо отсутствия наличных денежных средств при возможной неисправности банковского терминала Потребитель собственноручно пишет расписку с указанием суммы задолженности и обязательством оплатить услуги в течение трех рабочих дней с даты составления расписки.

3.6. В случае задержки Потребителем оплаты оказанных ему услуг в соответствии с условиями настоящего договора более чем на 3 (три) рабочих дня, Исполнитель вправе потребовать от Потребителя выплаты пени в размере 0,1 % за каждый день просрочки оплаты от стоимости неоплаченных услуг, но не более 10% от суммы задолженности.

#### **4. СРОКИ ИСПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ**

4.1. Срок предоставления (оказания) услуги определяется датой и временем обращения Потребителя к Исполнителю в соответствии со ст. 190 ГК РФ. Запись Потребителя на прием рассматривается сторонами как факт согласования срока оказания конкретной услуги (срока обращения к Исполнителю) в рамках настоящего договора. Длительность врачебного приема: от 20 минут до 2 часов в зависимости от вида приема и медицинских вмешательств.

4.2. Сроки предоставления конкретных услуг, проведения длительного этапного лечения конкретизируются по соглашению с Потребителем, исходя из периода, необходимого для изготовления зубопротезных, ортодонтических конструкций; общего соматического статуса пациента, его психо-эмоционального состояния, наличия у него и врача свободного времени, остроты клинической ситуации. Количество необходимых приемов (период времени, в течение которого оказывается услуга, сдается работа) определяется индивидуально, согласуется с Потребителем и фиксируется в плане лечения либо медицинской карте.

#### **5. КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ УСЛУГ**

5.1. При оказании всех медицинских услуг Исполнитель обязуется действовать добросовестно, заботливо и осмотрительно.

5.2. Медицинская услуга считается оказанной качественно, если в совокупности: оказана своевременно, при правильном выборе методов диагностики, лечения, профилактики, достижении одного из следующих эффектов для здоровья: выздоровление (исчезновение симптомов), ремиссия, улучшение состояния, стабилизация, компенсация функций, хронизация – в зависимости от состояния здоровья Потребителя и характера течения стоматологического заболевания. При этом в некоторых случаях даже при отсутствии эффекта, если Исполнитель при той степени заботливости и осмотрительности, которая от него требовалась по характеру обязательств и условиям договора, предпринял все необходимые профессиональные действия, отсутствие ожидаемого Потребителем результата не является свидетельством некачественной услуги (отсутствие остеointеграции имплантата, неприживление костного материала).

5.3. Качество зубного протеза определяется соблюдением стандарта его изготовления. Выявление аллергии на материалы, из которых изготавливаются протезы, и которая не могла быть спрогнозирована, несоответствие ожиданий Потребителем полученному комфорту и эстетике не свидетельствуют о некачественном оказании услуги.

5.4. Внешний вид зубного протеза (ов), а именно: цвет, высота, ширина, форма зубов, их направление, соотношение их между собой и высотой десневого края

- формируются на основе индивидуальных антропометрических показателей с учетом положения уже имеющихся зубов. Потребитель имеет право высказать свои пожелания относительно эстетики протезов не более, чем на двух приемах. Если все пожелания Потребителя были выполнены, протез (коронка) соответствует методике его создания с учетом антропометрических показателей, но Потребитель не принял работу, ортопедическая работа считается сданной Потребителю, а ортопедическая услуга – оказанной качественно.

5.5. Медицинские услуги (манипуляции), оказываемые по договору, предполагают возможность вмешательства в органы и системы человека, а также вероятное появление сопутствующих свойств и осложнений, оговоренных в соответствующих информированных добровольных согласиях. Осложнение медицинской услуги, имеющее объективный характер и не зависящее от действий Исполнителя, о котором был изначально уведомлен Потребитель, не является дефектом медицинской помощи.

5.6. Медицинская услуга считается безопасной, если в совокупности: обеспечены соответствующие санитарно-эпидемиологические условия ее оказания, в процессе ее оказания отсутствует риск, не оправданный нуждами Потребителя.

#### **6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.2 Гарантия на оказанные услуги, выполненные работы, оказанные Потребителю (ям) по профилю «стоматология» представляется в соответствии с Положением о гарантиях Исполнителя.

Гарантийные обязательства Исполнителя прекращаются в случае неисполнения Потребителем (-ями) назначений (рекомендаций) медицинских работников Исполнителя, выданных в ходе или непосредственно после завершения оказания медицинской услуги стоматологического профиля.

6.3 Исполнитель освобождается от ответственности за вред здоровью, возникший в процессе оказания услуг, если будет доказано, что вред возник как следствие нарушения Потребителем рекомендаций и назначений

врачей-специалистов клиники, нарушения режима лечения (п.5 ст.14 Закона РФ «О защите прав потребителей», ст. 1098 Гражданского кодекса РФ). Исполнитель оставляет за собой право требовать подтверждения надлежащего соблюдения Потребителем назначений и рекомендаций врачей-специалистов, вплоть до направления такового на экспертизу.

6.4. Все назначения и рекомендации врачей, соблюдение которых необходимо для обеспечения безопасности медицинской услуги для здоровья Заказчика/Пациента, предотвращения наступления возможных побочных эффектов, сохранения достигнутых результатов лечения фиксируются в информированных согласиях, в медицинской карте пациента, соответствующих памятках.

6.5. При несоблюдении Потребителем (-ями) Правил и условий оказания платных медицинских услуг, а также совершении действий, причинивших ущерб Исполнителю или иным лицам, находящимся на территории Исполнителя, Исполнитель имеет право в одностороннем порядке прекратить Договор без права заключения Потребителем (-ями) нового договора и потребовать от Потребителя (-ей) возмещения причиненного ущерба.

6.6. В случае возникновения конфликтных ситуаций Стороны принимают все меры по их урегулированию путем переговоров с привлечением, при необходимости, независимых экспертов. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров он подлежит разрешению в соответствии с законодательством Российской Федерации. До предъявления иска в суд обязательно соблюдение претензионного порядка урегулирования споров, при этом срок рассмотрения претензии получившей ее стороной составляет 10 (Десять) рабочих дней.

6.7. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по настоящему Договору, если неисполнение было вызвано действием непреодолимой силы, то есть чрезвычайных обстоятельств, которые ни одна из сторон не могла заранее предвидеть и предотвратить. В качестве форс-мажорных обстоятельств, в том числе, признаются: решения органов муниципальной и государственной власти, коммунальные аварии, связанные с отключением тепла, электроэнергии, воды.

## **7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

7.1. Договор действует с даты заключения в течение 5 (пяти) лет.

Если до момента истечения срока договора ни одна из Сторон не выразит желания его расторгнуть, Договор считается пролонгированным на такой же срок.

7.2. Договор может быть расторгнут по желанию любой из Сторон путем письменного уведомления другой стороны о расторжении в срок не менее чем за 1 (Один) календарный месяц до предполагаемой даты расторжения.

7.3. Все изменения и дополнения к Договору действительны и являются неотъемлемой частью Договора только при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

7.4. Договор составлен в 2 (Двух) подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

## **8. ЗАВЕРЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЯ**

8.1. Мне известно, что медицинские услуги, оказываемые Исполнителем, могут быть получены мною бесплатно в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения.

8.2. В соответствии с ч. 2 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» я разрешаю Исполнителю передачу (предоставление) информации о моем здоровье/здоровье Пациента в виде копии и выписок из медицинской карты следующим лицам при предъявлении паспорта:

---

8.3. В соответствии с требованиями п.24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736, до заключения договора я уведомлен (а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского персонала, оказывающего платные медицинские услуги, в том числе назначенного режима лечения и связанных с ним ограничений, может снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в установленные сроки или отрицательно сказаться на состоянии здоровья получателя платной медицинской услуги.

В указанном случае ООО «ПЛАДЕНТ» не несет ответственности за ухудшение состояния здоровья получателя платной медицинской услуги.

8.4. Потребитель подтверждает, что он ознакомлен с Правилами поведения пациентов, Правилами предоставления медицинских услуг, Положением о гарантиях, Правилами эксплуатации стоматологических услуг и работ. Все положения перечисленных локальных нормативных актов ему понятны. Потребитель понимает, что положения всех перечисленных актов распространяют свое действие на правоотношения, возникшие между ним и Исполнителем.

8.5. Потребитель дает согласие на получение информации, в том числе, рекламного характера, от Исполнителя в виде e-mail сообщений на адрес электронной почты: \_\_\_\_\_, посредством смс-сообщений или телефонных звонков представителя Исполнителя по номеру телефона: \_\_\_\_\_.

## 9. ПРИЛОЖЕНИЯ

9.1. Заявление субъекта персональных данных о согласии на обработку его персональных данных.

### 10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

#### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Общество с ограниченной ответственностью  
«ПЛАНДЕНТ»  
Адрес: 119071, Город Москва, вн.тер.г.МО  
Донской, ул. Вавилова, дом 4, помещение ЗН  
ОГРН 1257700092704 ИНН/КПП  
9725180371/772501001  
р/с 40702810000110000954  
в Филиал "Центральный" Банка ВТБ (ПАО)  
БИК 044525411  
к/с 30101810145250000411  
Контакты (телефоны, e-mail):

ОКПО 96856533 ОКАТО 45296561000

#### ПОТРЕБИТЕЛЬ (-И)

Ф.И.О  
Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан: \_\_\_\_\_  
  
Зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_  
  
Фактический адрес: \_\_\_\_\_  
  
Контакты (телефоны, e-mail):

Генеральный директор  
ООО «ПЛАНДЕНТ»

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

/М.И. Бойков/

М.П.

**Приложение**  
к Договору № \_\_\_\_\_  
на оказание платных стоматологических услуг  
от « \_\_\_\_ » 20\_\_ г.

Конфиденциально по заполнению  
Экз. единственный

Генеральному директору  
ООО «ПЛАНДЕНТ»  
М.И. Бойкову

**Заявление**  
**субъекта персональных данных о согласии на обработку его персональных данных**

(форма введена в действие «Положением о защите персональных данных» от 15.05.2012, номенклатурный № 26.48.01-22/01)

Я, \_\_\_\_\_,  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)  
(дата рождения гражданина)

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес регистрации гражданина)  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

,  
(вид документа, удостоверяющего личность, серия, номер, кем выдан, дата выдачи)  
в соответствии с требованиями статей 6 и 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в целях обеспечения квалифицированного медицинского обслуживания, даю согласие Оператору – обществу с ограниченной ответственностью «ПЛАНДЕНТ», расположенному по адресу: 119071, город Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Донской, ул. Вавилова, дом 4, помещение 3Н на получение и обработку моих персональных данных, а именно:

фамилия; имя; отчество;

пол;

дата рождения;

адрес места жительства и места пребывания;

домашний телефон;

мобильный телефон;

данные полиса обязательного и/или добровольного медицинского страхования (ОМС/ДМС);

данные о состоянии моего здоровья: о заболеваниях, о случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, о назначеннем лечении, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну;

биометрические данные (фотография);

Представляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные, в том числе биометрические данные, 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.

Я обязуюсь предоставлять персональные данные, соответствующие действительности, а в случае их изменения своевременно (в течение трех рабочих дней) направлять их Оператору для коррекции.

Оператор имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией, Социальным фондом России, другими ЛПУ с использованием машинных носителей

информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять конфиденциальность информации.

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

При оказании мне Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Я оставляю за собой право отзоваться своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мною в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручён лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан:

а) прекратить обработку моих персональных данных;

б) уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации в срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления указанного отзыва, без уведомления меня об этом.

Я утверждаю, что ознакомлен (-а) с документами поликлиники, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области, я предупрежден (-а) о возможных последствиях прекращения обработки своих персональных данных.

Настоящее согласие действует бессрочно.

---

(подпись)

(фамилия, имя, отчество гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)