

ДОГОВІР ПУБЛІЧНОЇ ОФЕРТИ **про надання платних медичних послуг у ТОВ «Медичний Центр «САЛЮТЕМ»**

Товариство з обмеженою відповідальністю «МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР «САЛЮТЕМ» далі за текстом — Виконавець, в особі директора Лілії Московко, яка діє на підставі Статуту, та Фізична особа, яка на оплатній основі замовляє медичні послуги, в подальшому «Пацієнт» та/або «Замовник», що надалі разом іменуються «Сторони», а кожна окремо — «Сторона», уклали цей Публічний договір про надання медичних послуг (далі — «Договір») про нижченаведене:

1. Визначення термінів

- 1.1. **Договір про надання платних медичних послуг** — договір, який встановлює однакові для кожного Замовника підстави для отримання платних медичних послуг у Виконавця на умовах публічної оферти з моменту її акцептування Замовником (далі — Договір).
- 1.2. **Публічна оферта** — пропозиція Виконавця, що адресована Пацієнту та/або Замовнику приєднатися до цього Договору на умовах і в порядку, що ним передбачені.
- 1.3. **Акцепт** — повне, беззастережне та безумовне прийняття умов даного Договору Пацієнтом та/або Замовником. Даний Договір вважається укладеним у момент вчинення підтверджуючих дій.
- 1.4. **Підтверджуючі дії** - дії, що свідчать про добровільну згоду Пацієнта та/або Замовника неухильно дотримуватись положень даного Договору та додатків до нього. Такими діями можуть вважатися: реєстрація Пацієнта та/або Замовника на прийом до лікаря у т.ч. через сайт Виконавця з проставленням відмітки (позначки) навпроти відповідного пункту «Я згоден з умовами Договору»; надання згоди на обробку персональних даних, через проставлення Пацієнтом та/або Замовником підпису на паперовій формі інформованої згоди на обробку персональних даних або на сайті Виконавця; надання будь якої іншої інформованої добровільної згоди; замовлення медичних послуг за номерами телефонів, вказаними на сайті Виконавця; початок фактичного отримання медичних послуг; оплата медичних послуг; інші дії встановлені законом.
- 1.5. **Персональні дані** - відомості чи сукупність відомостей про особу Пацієнта та/або Замовника, до яких відносяться прізвище, ім'я, по батькові, дата народження, місце проживання, номери засобів зв'язку, а також інша інформація, яка стосується особи Пацієнта та/або Замовника та може бути використана Виконавцем з метою ідентифікації особи Пацієнта та/або Замовника.
- 1.6. **Згода суб'єкта персональних даних** – будь-яке добровільне волевиявлення суб'єкта персональних даних щодо надання дозволу на обробку його персональних даних відповідно до сформульованої мети їх обробки. Вчинення підтверджуючих дій передбачає надання згоди суб'єктом персональних даних на обробку його персональних даних.
- 1.7. **Суб'єкт персональних даних** - фізична особа Пацієнт та/або Замовник стосовно якої відповідно до чинного законодавства України здійснюється обробка її персональних даних.
- 1.8. **Медична допомога (послуга)**— певна дія або сукупність дій, які здійснюються за профілем діяльності медичними працівниками Виконавця з метою діагностики, лікування, профілактики або реабілітації захворювань, патологій або інших патологічних станів які є у Пацієнта, яку надає Виконавець та оплачує Замовник.
- 1.9. **Замовник** — юридична особа незалежно від форми власності та підпорядкування, а також фізична особа, зокрема сам пацієнт або його законний представник.
- 1.10. **Пацієнт** — фізична особа (громадянин України; громадянин, підданий іншої держави, особа без громадянства), яка звернулась до Виконавця для отримання медичної допомоги та акцептувала даний договір, або особа, якій вже надається медична послуга.
- 1.11. **Послуги та ціни** — затверджений перелік платних послуг з медичного обслуговування населення, які Виконавець може надати Замовнику з огляду на наявну матеріально-технічну базу, наявність відповідного медичного персоналу та профілю діяльності Виконавця.
- 1.12. **Медичне обслуговування** — діяльність Виконавця у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою, але безпосередньо пов'язана з її наданням.
- 1.13. **Якість медичної допомоги (послуги)** — надання медичної допомоги (медичної послуги) та проведення інших заходів щодо організації надання Виконавцем медичної допомоги (медичної послуги) відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я.
- 1.14. **Стандарти медичної допомоги (послуги)** — сукупність норм, правил і нормативів, а

також показники (індикатори) якості надання медичної допомоги відповідного виду або показники якості медичної послуги, розроблені з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки та практики.

1.15. **Інформована добровільна згода** — згода пацієнта або, у випадках, передбачених законодавством, його законного представника на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення і на присутність або участь учасників освітнього процесу, яку оформлюють у письмовому вигляді шляхом підписання затвердженої форми.

1.16. **Місце надання медичних послуг** — адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики Виконавцем, за якою Пацієнту надають медичну допомогу (медичні послуги).

1.17. **Працівник Виконавця** — фізична особа з медичною освітою або тез такої, яка перебуває з Виконавцем у трудових відносинах.

1.18. **Лікуючий лікар** — фізична особа з медичною освітою, яка перебуває з Виконавцем у трудових відносинах і надає медичну допомогу (медичну послугу) пацієнту під час проведення діагностики, лікування, проведення операції та знеболення.

1.19. **План лікування** - це індивідуально розроблений лікуючим лікарем план профілактичних заходів, обстежень, лікування та реабілітації, спрямований на максимально ефективно надання медичної допомоги (послуг) конкретному Пацієнту. План лікування є динамічним та може змінюватись в процесі надання медичної допомоги (послуги) Пацієнту.

1.20. **Графік відвідувань** – графік призначених медичних послуг, в якому визначається перелік медичних послуг, календарна дата їх надання, за можливості, точний час коли Пацієнт має прибути до Виконавця для отримання медичної допомоги (послуг) та є обов'язковим для виконання Пацієнтом.

1.21. **Агресивна поведінка (дія)** - це деструктивна поведінка фізичної особи, яка спричиняє або може спричинити моральну та/або матеріальну шкоду іншим фізичним особам та/або майну Виконавця або створює психологічний дискомфорт. Агресія проявляється у погрозі побиття інших фізичних осіб, у погрозі знищення майна, інших погрозах, у вербальних образах, ворожих насмішках, жартах, а також містить непрямі форми фізичної та вербальної агресії (ворожа міміка, жестикуляція тощо).

1.22. **Медична інформація** — інформація про стан здоров'я пацієнта, його діагноз, відомості, одержані під час медичного обстеження, зокрема медичні документи на паперових та електронних носіях, що стосуються здоров'я пацієнта та відносяться до конфіденційної.

1.23. **Сайт Виконавця** - веб-сторінка в мережі Інтернет, за адресою: salutem.ua, яка є офіційним джерелом інформування Пацієнтів та/або Замовників про Виконавця та послуги, що ним надаються.

2. Загальні положення

2.1. Даний договір має характер публічної оферти відповідно до чинного законодавства України, до якого застосовуються положення ст. ст. 633, 634, 641 Цивільного кодексу України. Умови даного Договору є однаковими та обов'язковими для всіх Пацієнтів та/або Замовників, які звернулись до Виконавця для отримання медичних послуг. Пацієнт та/або Замовник не можуть запропонувати свої умови або пропозиції до даного Договору.

2.2. Відповідно до ст. 642 Цивільного кодексу України даний Договір укладається прийняттям пропозиції (акцепт) Пацієнтом та/або Замовником, шляхом вчинення підтверджуючих дій.

2.3. Договір, укладений Пацієнтом та/або Замовником за допомогою акцепту публічної оферти, має юридичну чинність і є рівноважним договором, підписаному Сторонами.

2.4. Пацієнт та/або Замовник підтверджує, що до моменту укладення даного Договору ознайомився з його умовами і свідомо без жодного примусу уклав даний Договір та зобов'язується неухильно дотримуватись всіх його умов.

2.5. Перелік платних послуг, які може надати Виконавець, розміщується на сайті Виконавця в розділі «ПОСЛУГИ ТА ЦІНИ».

2.6. Умови даного Договору в загальному порядку створюють та регулюють взаємні права та обов'язки між Виконавцем та Пацієнтом та/або Замовником, при наданні медичних послуг, на умовах визначених Договором та додатках до нього.

2.7. Пацієнт та/або Замовник, укладаючи даний Договір, дають згоду Виконавцю на надсилання інформації, що становить медичну таємницю, на номер телефону, електронну та/або поштову адресу (далі-контактні дані), надані Пацієнтом та/або Замовником. Виконавець не несе

відповідальності за будь-які ризики, пов'язані з відправкою інформації та неотриманням інформації за вказаними Пацієнтом та/або Замовником контактними даними.

2.8. Даний Договір розміщується на сайті Виконавця та/або в доступному для Пацієнта та/або Замовника місці за місцями провадження господарської діяльності з медичної практики Виконавця.

2.9. У разі укладення між Пацієнтом та/або Замовником і Виконавцем приватно-правового (індивідуального) договору про надання медичних послуг, переважну силу мають умови приватно-правового договору.

3. Предмет Договору

3.1. Відповідно до умов цього Договору Виконавець зобов'язується надати якісні медичні послуги Замовнику на умовах та в порядку, що передбачені даним Договором та додатками до нього.

3.2. Замовник зобов'язується прийняти та оплатити медичні послуги в порядку та на умовах, що передбачені цим Договором.

3.3. Вчиненням підтверджуючих дій, Представник беззастережно та безумовно приймає умови даного Договору.

3.4. Медичні послуги Виконавець надає відповідно до порядків надання медичної допомоги, затверджених Міністерством охорони здоров'я України, з обов'язковим дотриманням галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

3.5. До початку надання медичної допомоги (послуги) Пацієнт або Замовник надає інформовану згоду на обробку персональних даних (Додаток 1) та інформовану добровільну згоду пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення і на присутність або участь учасників освітнього процесу (Додаток 2).

4. Права та обов'язки Виконавця

4.1. Виконавець має право:

4.1.1. Обробляти персональні дані Пацієнта та/або Замовника під час укладання і виконання даного Договору відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».

4.1.2. В односторонньому порядку змінити умови Договору та/або ціни на медичні послуги, внести зміни в сам перелік платних медичних послуг.

4.1.3. Відмовити Замовнику в наданні медичної послуги у випадках:

- виявлення в пацієнта під час обстеження патології, лікування якої не входить до зазначеного в ліцензії Виконавця переліку видів медичної допомоги або до переліку послуг Виконавця;
- недотримання пацієнтом встановлених лікарем планів лікування або графіка лікування;
- виявлення в пацієнта за результатами обстеження медичних протипоказань;
- недотримання Пацієнтом та/або Представником Правил перебування на території та у приміщеннях Виконавця;
- відмови Пацієнта та/або Замовника надати, у письмовому вигляді інформованих згод, визначених у даному Договорі;
- агресивної поведінки Пацієнта та/або Замовника спрямованої на працівників Виконавця та/або інших осіб, які перебувають у приміщеннях та/або на території Виконавця.

4.1.4. Достроково припинити надання медичних послуг Пацієнту у випадку систематичного порушення останнім медичних приписів або «Правил перебування пацієнтів у медичному центрі ТОВ «МЦ «САЛЮТЕМ»», за винятком випадків, коли така відмова загрожуватиме життю пацієнта та здоров'ю населення.

4.2. Виконавець зобов'язаний:

4.2.1. Надавати медичні послуги Замовнику в порядку, у строки та на умовах, що передбачені цим Договором та згідно з установленими цінами Виконавця.

4.3. Для надання медичних послуг застосовувати у медичній практиці тільки ті методи профілактики, діагностики, лікування, реабілітації, лікарські засоби, медичні вироби, вироби медичного призначення та дезінфекційні засоби, що прямо не заборонені до застосування МОЗ України.

4.4. Дотримувати вимог законодавства щодо порядку надання медичних послуг, галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я та санітарних норм.

4.5. Не розголошувати медичну інформацію про пацієнта (крім випадків, передбачених законодавством України, іншими нормативно-правовими актами України, які стосуються захисту

персональних даних та іншими договорами, в тому числі добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я).

4.6. Після проведення Замовником розрахунку згідно з умовами даного Договору видати Замовнику розрахунковий документ, що підтверджує отримання Виконавцем грошових коштів.

4.7. Приймати оплату за медичні послуги в готівковій та/або безготівковій формах до отримання послуги чи під час оформлення замовлення Пацієнтом та/або Замовником.

4.8. Забезпечити дотримання його працівниками норм етики та деонтології.

5. Права та обов'язки Пацієнта та/або Замовника

5.1. Пацієнт та/або Замовник має право:

5.1.1. Отримати повну та достовірну інформацію щодо запропонованих Виконавцем медичних послуг, порядку їх надання та можливих побічних реакцій.

5.1.2. Отримати від Виконавця послуги в порядку, що передбачені цим Договором.

5.1.3. Відмовитися від укладеного Договору до початку фактичного його виконання.

5.1.4. Відмовитися від укладеного Договору під час фактичного його виконання, якщо така відмова не спричинить погіршення стану здоров'я або загрози для життя пацієнта Заявою (у простій письмовій формі) на ім'я директора ТОВ «МЦ «САЛЮТЕМ».

5.1.5. На лікарську таємницю за винятком випадків, передбачених законодавством.

5.2. Пацієнт та/або Замовник зобов'язаний:

5.2.1. Пред'явити документ, що посвідчують особу та/або надати Виконавцю достовірні дані щодо ім'я, прізвища та по батькові, дату свого народження та іншу інформацію, що необхідна Виконавцю для якісного надання медичних послуг у тому числі про стан свого здоров'я, перенесені та успадковані хвороби, шкідливі звички, наявність алергічних реакцій, протипоказань щодо тих або інших методів лікування та лікарських засобів, непереносимості окремих медичних препаратів, які він має і які можуть вплинути на якість таких послуг. У випадку, якщо Замовник діє в інтересах Пацієнта, Замовник зобов'язаний надавати повні та достовірні відомості про Пацієнта.

5.2.2. Неухильно дотримувати «Правил перебування у медичному центрі ТОВ «МЦ «САЛЮТЕМ»».

5.2.3. Неухильно дотримуватись планів лікування та графіків відвідувань.

5.2.4. Надати у письмовому вигляді інформовані добровільні згоди за вимогою Виконавця, надати інші необхідні згоди для надання медичних послуг Виконавцем.

5.2.5. Оплатити Виконавцю вартість узгоджених/додаткових медичних послуг в порядку, у строки та в розмірі, що визначені даним Договором.

5.2.6. Прийняти медичні послуги, відповідно до умов даного Договору та додатків до нього.

5.2.7. Після отримання медичних послуг підписати два примірника Акта прийому-передачі наданих медичних послуг, якщо такий був оформлений та наданий Виконавцем.

6. Порядок надання послуг, ціна договору та порядок розрахунків

5.3. Виконавець надає медичні послуги Замовнику за цінами, що опубліковані на сайті Виконавця в розділі «ПОСЛУГИ ТА ЦІНИ». Зміни в текст публікації вносяться Виконавцем в односторонньому порядку, без попереднього повідомлення Пацієнта та/або Замовника.

6.1. Усі розрахунки за цим Договором здійснюються виключно в національній грошовій одиниці України (гривні) в готівковій та/або безготівковій формах.

6.2. Оплата медичних послуг Пацієнтом або Замовником може здійснюватись:

- на умовах попередньої повної оплати перед фактичним наданням медичних послуг у розмірі 100% вартості медичних послуг через касу Виконавця або у безготівковій формі через відділенні банку згідно рахунка Виконавця;
- на умовах попередньої часткової оплати перед фактичним наданням медичних послуг у розмірі від 10% в межах вартості медичних послуг через касу Виконавця або у безготівковій формі через відділенні банку та оплатою залишку, після надання медичних послуг, через касу Виконавця згідно рахунків Виконавця;
- на умовах післяплати у розмірі 100% після фактичного надання медичних послуг через касу Виконавця згідно рахунка Виконавця.

6.3. Пацієнту, направленому страховою компанією Пацієнта, медичні послуги, передбачені програмою добровільного медичного страхування Пацієнта, Виконавець надає безкоштовно. Оплату таких послуг проводить страхова організація відповідно до договору на надання

лікувально-профілактичної допомоги за програмою добровільного медичного страхування. Медичні послуги, що не входять у програму добровільного медичного страхування Пацієнта, Пацієнт оплачує за рахунок власних коштів у порядку та розмірі, передбаченому даним Договором.

6.4. Приймання-передача наданих медичних послуг здійснюється в усній формі або, на вимогу Пацієнта/Замовника, шляхом оформлення Акта приймання-передачі наданих медичних послуг, який складається Виконавцем в двох примірниках та надається Пацієнту/Замовнику для підписання.

6.5. У разі, якщо Пацієнт та/або Замовник протягом 1 (одного) робочого дня з дати фактичного отримання медичних послуг не заявить вимоги на оформлення Акта приймання-передачі наданих медичних послуг або письмову мотивовану претензію, медичні послуги вважаються прийнятими Пацієнтом та/або Замовником в повному обсязі без застережень і без претензій.

7. Гарантії та відповідальність Сторін

7.1. Виконавець гарантує якісне медичне обслуговування пацієнта та збереження медичної інформації про пацієнта, що стала відомою Виконавцю (працівнику Виконавця) у зв'язку з виконанням цього Договору.

7.2. Пацієнт та/або Представник гарантує достовірність інформації про себе (як персональних даних, так і медичної інформації), дотримання медичних приписів, рекомендацій, режимів, планів лікування та графіків відвідувань.

7.3. Усі правовідносини, що виникають із умов даного Договору або пов'язані з ним, зокрема з чинністю, укладенням, виконанням, зміною та припиненням Договору, тлумаченням його умов, визначенням наслідків недійсності або порушення Договору, регулюються даним Договором та відповідними нормами чинного законодавства України.

7.4. Сторони несуть відповідальність за цим Договором згідно з чинним законодавством України.

7.5. Виконавець не несе відповідальності за даним Договором у разі недотримання та/або належного виконання та/або відмови від виконання Пацієнтом медичних приписів та рекомендацій медичних працівників Виконавця у тому числі порушення Пацієнтом встановленого для нього плану лікування та графіків відвідувань.

7.6. У разі відмови Замовника від отримання фактично оплачених медичних послуг, але не менше ніж за 6 (шість) годин до моменту початку їх фактичного надання, кошти повертаються Замовнику за вирахуванням вартості понесених витрат Виконавцем та/або 10 (десяти) відсотків від вартості таких послуг, які зараховуються на користь Виконавця. У разі відмови Замовника менше, ніж за 6 (шість) годин до моменту фактичного надання послуг, кошти Замовнику не повертаються.

7.7. Повернення коштів здійснюється на підставі письмової заяви Замовника, в якій Замовник повинен вказати свої паспортні дані і додати до вказаної заяви копію паспорта та чек або квитанцію. Строк повернення коштів становить 5 (п'ять) банківських днів з моменту отримання Виконавцем заяви про повернення коштів, у формі в якій було здійснено оплату за такі послуги.

7.8. У разі неприбуття пацієнта до місця надання медичних послуг у час, узгоджений з лікуючим лікарем та (або) графіком відвідувань, без поважних причин та попереднього повідомлення, Виконавець має право відмовити Пацієнту у наданні даної послуги, якщо така відмова у наданні медичної послуги не несе загрози життю пацієнта і здоров'ю населення.

7.9. Невиконання або неналежне виконання умов цього Договору виключає юридичну відповідальність, якщо вони є наслідком обставин, що знаходяться поза сферою контролю Сторін даного Договору та стали наслідком непереборної сили або інших форс-мажорних обставин (стихійні лиха, епідемії, пандемії, карантинні заходи, воєнні дії, страйки, прийняття компетентними органами рішень тощо), що перешкоджають виконанню зобов'язань за цим договором. Наявність форс-мажорних обставин підтверджують компетентні державні органи України.

8. Термін дії договору

8.1 Публічна оферта на укладення даного Договору діє з моменту його розміщення на сайті Виконавця та/або на паперових носіях, розміщених в доступних місцях, за адресами місць провадження медичної практики виконавця, і є чинною протягом строку розміщення.

8.2. Положення щодо конфіденційності, визначені законодавством України, діють

безстроково.

8.3. Всі строки надання медичних послуг є індивідуальними для кожного Пацієнта протягом виконання плану лікування є приблизними та можуть змінюватися в залежності від стану здоров'я Пацієнта та інших об'єктивних або суб'єктивних обставин.

8.2 Виконавець має право в односторонньому порядку змінювати умови даного Договору. Такі зміни є чинними з моменту їх опублікування на сайті Виконавця та/або на паперових носіях розміщених в доступних місцях, в приміщеннях закладу охорони здоров'я Виконавця і є обов'язковими для Пацієнтів та/або Представників у редакції, що діяла на момент їхнього приєднання до Договору та/або укладення відповідного додатку до Договору.

8.3 В разі виявлення розбіжностей між умовами даного Договору, оприлюдненими

8.4 на офіційному веб-сайті Виконавця, та на паперових носіях, пріоритет має примірник на паперових носіях.

8.5 Цей Договір може бути розірваний у порядку та в спосіб, встановленими законодавством України.

9. Вирішення спорів

9.1. Спори і розбіжності, які можуть виникнути при виконанні цього Договору, будуть, по можливості, вирішуватися шляхом переговорів між Сторонами.

9.2. Досудове врегулювання розбіжностей є обов'язковим та передбачає пред'явлення однією із Сторін претензії, яка розглядається іншою Стороною протягом тридцяти днів.

9.3. У разі неможливості вирішення спорів шляхом переговорів, Сторони, після реалізації передбаченої законодавством процедури досудового врегулювання розбіжностей, передають їх на розгляд суду відповідно до чинного законодавства України.

10. Заключні інші положення

10.1. Даний Договір є публічною офертою. Відсутність підписаного Сторонами примірника Договору на паперовому носії з проставленням підписів обох Сторін, у разі здійснення підтверджуючих дій Пацієнтом або Замовником, не є підставою вважати цей Договір не укладеним.

10.2. Вчинення підтверджуючих дій, вважається акцептом даного Договору Пацієнтом та/або Замовником та засвідчує факт його укладення. Вчиняючи підтверджуючі дії, Пацієнт та/або Замовник також підтверджує, що ознайомлений і погоджується з правилами обробки персональних даних та затвердженим порядком розгляду звернень громадян у Виконавця.

10.3. Сторони погодилися на ведення запису телефонних розмов та можливість посилатися на них у разі виникнення спорів, а також при врегулюванні конфліктних ситуацій.

10.4. Виконавець не несе матеріальної та іншої відповідальності за навмисний або ненавмисний збиток, який може виникнути в результаті використання інформації, розміщеної на Сайті Виконавця.

10.5. У разі неприбуття Пацієнта до закладу охорони здоров'я в час, попередньо узгоджений з працівниками Виконавця, більше ніж два рази поспіль, до оплати вартості медичних послуг, запис на надання медичних послуг Виконавцем можливий тільки за умови попередньої оплати у розмірі 50% від ціни медичної послуг.

10.6. Пацієнт звернувшись за отриманням медичних послуг до Виконавця приймає (акцептує) всі умови цього Договору в спосіб визначений підпунктом 1.4. даного Договору.

10.7. Неповнолітні чи недієздатні пацієнти приймаються лише у присутності їх законних Представників (батьки (усиновлювачі), опікуни, піклувальники даної особи або представники тих установ і організацій, під опікою чи опікуванням яких вона перебуває). Представники надають згоду на надання медичних послуг фізичним особам (Пацієнтам), в інтересах яких вони діють та зобов'язуються дотримуватись умов даного Договору.

11. Адреса та реквізити Виконавця

11.1. Адреси місць провадження господарської діяльності з медичної практики Виконавця:

- Україна, 21001, Вінницька обл., місто Вінниця, вулиця Замостянська, будинок 13.

11.2. Реквізити Виконавця:

Ідентифікаційний код юридичної особи 38190087

Платник податку на прибуток на загальних підставах

ПІН 381900802286

UA673026890000026007055345158

в Вінницька філія АТ КБ «ПРИВАТБАНК»

Згоден з умовами даного Договору

Додаток 1 до Публічного договору про надання медичних послуг
ІНФОРМОВАНА ЗГОДА
на обробку персональних даних

Я, _____,
(прізвище, ім'я по батькові)

суб'єкт персональних даних, надаю згоду Товариству з обмеженою відповідальністю «Медичний центр «Салютем» (ідентифікаційний код юридичної особи 38190087), володільцю персональних даних, на обробку моїх персональних даних, та/або моєї дитини _____ з метою реалізації правовідносин володільця персональних даних із суб'єктом персональних даних у сфері охорони здоров'я.

Мені було роз'яснено, що обробкою персональних даних є будь-яка дія або сукупність дій, як-от збирання, реєстрація, накопичення, зберігання, адаптування, зміна, поновлення, використання і поширення (розповсюдження, реалізація, передача), знеособлення, знищення персональних даних, у тому числі з використанням інформаційних (автоматизованих) систем. Обробка здійснюється на підставі Законів України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 № 2297-VI, «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-XII, «Про захист прав споживачів» від 12.04.1991 № 1023-XII та інших нормативно-правових актів, у тому числі наказів МОЗ.

Мене було повідомлено, що згідно зі статтею 8 Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 № 2297-VI, я маю право:

- знати про джерела збирання, місцезнаходження моїх персональних даних, мету їх обробки, місцезнаходження або місце проживання (перебування) володільця чи розпорядника персональних даних або дати відповідне доручення щодо отримання цієї інформації уповноваженим ним особам, крім випадків, встановлених законом;
- отримувати інформацію про умови надання доступу до персональних даних, зокрема інформацію про третіх осіб, яким передають мої персональні дані;
- мати доступ до моїх персональних даних;
- отримувати не пізніше як за тридцять календарних днів з дня надходження запиту, крім випадків, передбачених законом, відповідь про те, чи обробляють мої персональні дані, а також отримувати зміст таких персональних даних;
- висувати вмотивовану вимогу володільцю персональних даних із запереченням проти обробки моїх персональних даних;
- висувати вмотивовану вимогу щодо зміни або знищення моїх персональних даних будь-яким володільцем і розпорядником персональних даних, якщо ці дані обробляють незаконно або ці дані є недостовірними;
- звертатися зі скаргами на обробку моїх персональних даних до Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини або до суду;
- застосовувати засоби правового захисту в разі порушення законодавства про захист персональних даних;
- вносити застереження стосовно обмеження права на обробку моїх персональних даних під час надання згоди;
- відкликати згоду на обробку персональних даних;
- знати механізм автоматичної обробки персональних даних;
- на захист моїх персональних даних від незаконної обробки та випадкової втрати, знищення, пошкодження у зв'язку з умисним приховуванням, ненаданням чи несвоєчасним їх наданням, а також на захист від надання відомостей, що є недостовірними чи ганьблять честь, гідність і ділову репутацію фізичної особи;
- на захист від автоматизованого рішення, яке має для мене правові наслідки.

Підписуючи даний документ, я також надаю згоду:

- на забір у мене біологічного матеріалу, у тому числі на забір венозної крові, для проведення лабораторних досліджень, які можуть бути пов'язані з моїм лікуванням **__ так __ ні __** (необхідне обвести);
- інформувати мене про результати діагностики, у тому числі лабораторні дослідження, та нагадувати про необхідність здійснення медичних процедур чи візитів до лікаря через доступні засоби зв'язку (sms, email, Viber, WhatsApp тощо) **__ так __ ні __** (необхідне обвести);
- інформувати мене про акційні пропозиції, знижки, нові послуги, привітання зі святами або інші дії, що можуть мати вплив на покращення мого здоров'я шляхом надсилання повідомлень через доступні засоби зв'язку (sms, email, Viber, WhatsApp тощо) **__ так __ ні __** (необхідне обвести).

Я розумію, що доставка текстових та/або мультимедійних повідомлень залежить від операторів мобільного зв'язку, постачальників послуг зв'язку і від програмного забезпечення та не є безпечними засобами зв'язку.

Я попереджений(а) про здійснення відеофіксації в приміщеннях загального користування Товариства з обмеженою відповідальністю «Медичний центр «Салютем».

«___» _____ 202__ р.

(підпис)

(ПІБ)

Додаток 2 до Публічного договору про надання медичних послуг

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

14 лютого 2012 року № 110

(у редакції наказу

Міністерства охорони здоров'я України

від 09 грудня 2020 року № 2837)

ФОРМА

первинної облікової документації № 003-6/о

**«Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики,
лікування та на проведення операції та знеболення
на присутність або участь учасників освітнього процесу»**

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма Код за ЄДРПОУ		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
		Форма первинної облікової документації № 003-6/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України _____ 20__ року № _____ за погодженням з Держстатом

1. ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА НА ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я, _____, одержав(ла)
у _____

(найменування закладу охорони здоров'я)

інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я ознайомлений(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стану здоров'я дитини). Я поінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді.

Інформацію надав лікар _____ «___» _____ 20__ року _____

(П. І. Б.
(за наявності))

(дата)

(підпис)

Я, _____, згодний(а) із запропонованим планом лікування
«___» _____ 20__ року
(підпис пацієнта (законного представника)) (дата)

Продовження форми № 003-6/о

1.1. ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про характер виявленого у мене (у моєї дитини) захворювання, яке потребує лікування шляхом здійснення оперативного втручання.

Я отримав(ла) інформацію про _____ у мене (у моєї дитини)
(наявність/відсутність)

супутніх захворювань _____, які можуть впливати на перебіг операції та післяопераційного періоду. Я отримав(ла) пояснення про можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за _____ показаннями.

(відносними/абсолютними)

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми дійшли висновку, що найбільш оптимальним методом хірургічного втручання може бути операція в обсязі: _____

виконання якої планується під знеболенням (необхідне позначити знаком «√» або «+»):

- інфільтраційною регіонарною анестезією
- внутрішньовенною анестезією
- загальною анестезією з міорелаксацією т- штучною вентиляцією легень
- регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією
- комбінованою анестезією (загальною + регіональною).

Я усвідомлюю, що операція та знеболення - це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та знеболення, на що я надаю згоду. У виняткових випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції. Крім того, я розумію, що під час операції може виникнути потреба в переливанні крові, на що я _____ згоду.
(даю / не даю)

Інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене (мою дитину)

(П. І. Б. лікаря
(за наявності))

«___» _____ 20__ року _____
(підпис лікаря)

Інформацію довів лікар-анестезіолог

«___» _____ 20__ року _____

(П. І. Б. лікаря
(за наявності))

(підпис лікаря)

Підтверджую, що я мав(ла) можливість поставити всі питання стосовно операції і знеболення, які мені (моїй дитині) запропоновано, та можливі їх наслідки. У мене немає недовіри щодо інформації, яку я отримав(ла), та мені були надані можливість і час на обміркування.

згоду на операцію і доручаю виконати її

_____ лікарю _____,

(даю / не даю)

(П. І. Б. лікаря (за наявності))

_____ а знеболення _____, що підтверджую

(П. І. Б. лікаря (за наявності))

своїм підписом.

«___» _____ 20__ року

(підпис пацієнта (законного представника))

(дата)

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законний представник) _____

Продовження форми № 003-6/о

**2. ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА
НА ПРИСУТНІСТЬ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ПРИ ПРОВЕДЕННІ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ, ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ
І НА УЧАСТЬ НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ
У ПРОВЕДЕННІ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ, ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ**

Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про те, що діагностика, лікування, операція та знеболення мені (моїй дитині) можуть проводитися за присутністю здобувачів освіти у сфері охорони здоров'я, які проходять підготовку на клінічній кафедрі, що розміщена на базі закладу охорони здоров'я (далі — здобувачі освіти)

Також я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про те, що діагностика, лікування, операція та знеболення мені (моїй дитині) можуть проводитися науково-педагогічними працівниками або за участі науково-педагогічних працівників, які працюють на клінічній кафедрі, що розміщена на базі закладу охорони здоров'я, і які відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України, отримали погодження керівника закладу охорони здоров'я на надання медичної допомоги (далі — працівники клінічної кафедри)

Інформацію надав завідувач

структурного підрозділу

закладу охорони здоров'я _____

«___» _____ 20__ року _____

(П. І. Б. лікаря
(за наявності))

(підпис лікаря)

Підтверджую, що я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять стосовно присутності здобувачів освіти при проведенні мені (моїй дитині) діагностики, лікування, операції та знеболення. У мене немає недовіри щодо інформації, яку я отримав(ла), та мені були надані можливість і час на обміркування.

згоду на присутність здобувачів освіти при проведенні мені

_____ (моїй дитині) діагностики, лікування, операції та знеболення, що

(даю / не даю)

підтверджую своїм підписом _____ «___» _____ 20__ року

(підпис пацієнта
(законного представника))

Підтверджую, що я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять стосовно участі працівників клінічної кафедри у проведенні мені (моїй дитині) діагностики, лікування, операції та

знеболення. У мене немає недовіри щодо інформації, яку я отримав(ла), та мені були надані можливість і час на обміркування.

згоду на участь працівників клінічної кафедри _____
(П. І. Б. (за наявності))

у проведенні мені (моїй дитині) діагностики, лікування, операції
_____ та знеболення, що

(даю / не даю)

підтверджую своїм підписом _____ «__» _____ 20__ року

(підпис пацієнта
(законного представника))

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законний представник) _____