**ДОГОВОР №**

**НА ПРОВЕДЕНИЕ периодического профилактического МЕДИЦИНСКого ОСМОТРа (ОБСЛЕДОВАНИЙ)**

|  |  |
| --- | --- |
| **г. Нижневартовск** | **\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017г.** |
|  |  |

**Общество с ограниченной ответственностью «РИМЕРА-Сервис»,** именуемое в дальнейшем **«Заказчик»,** в лице Директора Филиала «РИМЕРА-Сервис-Нижневартовск» Зарипова Талгать Ахатовича, действующего на основании Доверенности № ., с одной стороны, и

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующ на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_., с другой стороны, вместе именуемые в дальнейшем «Стороны», а каждый в отдельности - «Сторона», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**
   1. Исполнитель обязуется по заданию Заказчика проводить обязательные периодические медицинские осмотры (обследования) (далее – Медицинские услуги) лиц, указанных в представляемых Заказчиком поименных списках лиц, подлежащих периодическому медицинскому осмотру (далее по тексту – «Поименный список») во исполнение ст. 34 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», Приказа Минздравсоцразвития № 302н от 12.04.2011 «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда», а также в соответствии со статьей 213 Трудового кодекса Российской Федерации.
   2. Место оказания Медицинских услуг – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Перед получением медицинских услуг лица, подлежащие периодическому медицинскому осмотру, обязаны получить в регистратуре медицинскую документацию. Данная документация выдается при наличии удостоверения личности. Медицинские услуги оказываются с \_\_\_\_ часов.
   3. Ориентировочное количество лиц подлежащих периодическому медицинскому осмотру в рамках настоящего Договора, составляет 394 ( триста девяносто четыре) человека Медосмотр женщин 131 (сто тридцать один ) человек, флюорографическое обследование 300 (триста человек).

1.4. Исполнитель вправе по своему усмотрению привлекать к оказанию Медицинских услуг по настоящему Договору третьих лиц только при наличии у них лицензии на данный вид деятельности, принимая на себя полную ответственность за результаты их работы как за свои собственные.

1. **УСЛОВИЯ и порядок ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**
   1. В рамках оказания Медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязуется проводить периодические медицинские осмотры (обследования) в соответствии с обязательными требованиями и правилами, установленными действующим законодательством РФ.
   2. Исполнитель обязуется при выполнении периодического медицинского осмотра:
      1. Обеспечить проведение периодических медицинских осмотров на основании Поименных списков в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ и на основании направлений Заказчика.
      2. На основании полученного от Заказчика Поименного списка составить календарный план проведения периодических осмотров в 10-дневный срок с момента получения Поименного списка.
      3. Проводить периодические медицинские осмотры специалистами постоянно действующей врачебной медицинской комиссии и отражать результат проведенных периодических медицинских осмотров в медицинской документации установленного образца.
      4. В случае подозрения наличия у лица, указанного в Поименном списке, профессионального заболевания выдавать такому лицу направление в центр профпатологии или специализированную медицинскую организацию, имеющую право на проведение экспертизы связи заболевания с профессией.
      5. По окончании прохождения лицом, указанном в Поименном списке, периодического осмотра оформить медицинское заключение в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ.
      6. По окончании установленного срока обследования, не позднее чем через 30 дней после завершения периодического медицинского осмотра предоставляет заключительный акт.
   3. Заказчик обязуется при оказании Медицинских услуг:
      1. Предоставить Исполнителю в срок не позднее, чем за 2 месяца до согласованной с Исполнителем даты начала проведения периодического осмотра Поименные списки.
      2. Обеспечить своевременную явку лиц, указанных в Поименном списке, с направлением на медицинский осмотр, оформленным в соответствии с Приложением № 3 к настоящему Договору, в соответствии с утвержденным Исполнителем календарным планом проведения медицинского осмотра.
      3. Предоставлять по требованию Исполнителя информацию, необходимую и достаточную для оказания услуг по настоящему Договору.
      4. Оплачивать оказанные Исполнителем услуги в размере, порядке и сроки, предусмотренные настоящим Договором.
   4. Медицинские услуги оказываются после подписания каждым лицом, указанным в Поименном списке, соответствующего приложения к медицинской карте – заявления, содержащего согласие на обработку/передачу данных, отнесенных действующим законодательством к персональным данным и/или врачебной тайне, составленного по форме Приложения № 5 к настоящему Договору.
2. **Порядок сдачи и приемки услуг**

3.1. По факту оказания Медицинских услуг за отчётный месяц Исполнителем составляется двусторонний Акт об оказании услуг, в котором отражается количество лиц, фактически прошедших медицинский осмотр, объем оказанных Медицинских услуг, общая стоимость оказанных Медицинских услуг.

3.2. В подтверждение факта оказания услуг стороны составляют Акт сдачи-приемки оказанных услуг по форме, соответствующей требованиям ст. 9 ФЗ от 06.12.2011 № 402-ФЗ «О бухгалтерском учете», согласованной Сторонами в Приложении № 6, и являющейся неотъемлемой частью настоящего Договора

3.3. Заказчик обязан в течение 10 рабочих дней с даты получения направленного Исполнителем Акта об оказании услуг подписать Акт или в тот же срок направить Исполнителю мотивированный отказ от приемки оказанных им услуг.

3.4. В случае получения Исполнителем мотивированного отказа Заказчика от приемки Медицинских услуг, Сторонами в течение 5 рабочих дней с момента получения отказа составляется двусторонний акт с указанием выявленных недостатков, порядка и сроков их устранения.

3.5. Медицинские услуги считаются оказанными надлежащим образом и принятыми Заказчиком с момента подписания Сторонами Акта об оказании услуг, а в случае не подписания Заказчиком Акта об оказании услуг в сроки, установленные п. 3.3 Договора, и не получения Исполнителем мотивированного отказа от подписания Медицинские услуги считаются оказанными в полном объеме, надлежащим образом, принятыми Заказчиком и подлежат оплате в порядке, установленном условиями настоящего Договора.

1. **СТОИМОСТЬ услуг И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.**
   1. Ориентировочная стоимость услуг, оказываемых Исполнителем по настоящему Договору, составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_НДС не облагаются (пп. 2 п. 2 статьи 149 Налогового кодекса Российской Федерации) согласно ранее предоставленному коммерческому предложению.
   2. Исполнитель ежемесячно не позднее 3 числа месяца следующего за отчетным выставляет Заказчику акт на оплату фактически оказанных медицинских услуг.
   3. Заказчик оплачивает оказанные Медицинские услуги на основании Акта оказанных услуг, подписанного заказчиком не позднее 5 числа месяца следующего за отчетным в соответствии со стоимостью, указанной в Приложении № 4 к настоящему Договору, в течение 90 (девяноста) календарных дней с момента получения Акта путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.
   4. Заказчик оплачивает оказанные Медицинские услуги путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.
   5. По окончании срока действия настоящего Договора или его досрочном расторжении Стороны обязаны на основании Акта сверки расчетов в течение 5 (пяти) банковских дней с момента его подписания произвести полный взаиморасчет.
   6. Стороны ежеквартально, не позднее пятнадцатого числа месяца следующего за отчетным кварталом, подписывают акт сверки взаиморасчетов. Подписанный акт сверки предварительно отправляется по факсимильной связи с последующим отправлением его по почте.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную настоящим Договором и действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. За нарушение сроков платежей, предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель вправе потребовать от Заказчика уплаты пени в размере 0,03 процента от просроченной суммы за каждый день просрочки.

5.3. Обязанность по уплате неустойки возникает у нарушившей Стороны с момента получения письменного требования другой Стороны. Выплата неустойки не освобождает Сторону от обязанности выполнять свои обязательства по Договору.

5.4. Исполнитель вправе приостановить оказание Медицинских услуг в случае задержки Заказчиком платежей, предусмотренных настоящим Договором, свыше двух недель.

5.5. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы, т.е. обстоятельств, не зависящих от волеизъявления Сторон (пожар, стихийные бедствия, военные действия, забастовки, изменения правовой базы и т.д.), возникших после заключения настоящего Договора, препятствующих выполнению обязательств Сторон по настоящему Договору, и делающих выполнение этих обязательств невозможным, выполнение настоящего Договора приостанавливается в соответствии с действующим законодательством.

5.6. Стороны пришли к соглашению о том, что любая переуступка одной из сторон своих прав и обязанностей по настоящему Договору возможна только при условии письменного согласия другой стороны.

1. **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

6.1 Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении условий настоящего Договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны.

6.2. Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация:

- о ценах на Медицинские услуги;

- сведения о лицах, указанных в Поименных списках;

- информация, связанная с расчетами Сторон по Договору.

1. **АНТИКОРРУПЦИОННАЯ ОГОВОРКА**

7.1. При исполнении своих обязательств по настоящему договору, Стороны не выплачивают, не предлагают выплатить и не разрешают выплату каких-либо денежных средств или ценностей, прямо или косвенно, любым лицам, для оказания влияния на действия или решения этих лиц с целью получить какие-либо неправомерные конкурентные или иные коммерческие преимущества.

7.2. При исполнении своих обязательств по настоящему договору, Стороны не осуществляют действия, квалифицируемые законодательством РФ "О борьбе со взяточничеством", как дача/получение взятки, коммерческий подкуп, посредничество во взяточничестве, а также действия, нарушающие требования законодательства РФ о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем.

7.3. В случае возникновения у Стороны подозрений, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений настоящего раздела, соответствующая Сторона обязуется уведомить другую Сторону в письменной форме. После письменного уведомления, соответствующая Сторона имеет право приостановить исполнение обязательств по Договору до получения подтверждения, что нарушения не произошло или не произойдет. Это подтверждение должно быть направлено в течение 10 (десять) рабочих дней с даты направления письменного уведомления.

7.4. В письменном уведомлении Сторона обязана сослаться на факты или предоставить материалы, достоверно подтверждающие или дающие основание предполагать, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений настоящего раздела контрагентом, выражающееся в действиях, квалифицируемых законодательством РФ "О борьбе со взяточничеством", как дача или получение взятки, коммерческий подкуп, посредничество во взяточничестве, а также действиях, нарушающих требования законодательства РФ о противодействии легализации доходов, полученных преступным путем.

7.5. В случае нарушения одной из Сторон обязательств воздерживаться от запрещенных в настоящем разделе действий и/или неполучения другой Стороной в установленный настоящим Договором срок подтверждения, что нарушения не произошло или не произойдет, другая Сторона имеет право расторгнуть Договор в одностороннем порядке полностью или в части, направив письменное уведомление о расторжении за 30 (тридцать) рабочих дней до предстоящего расторжения.».

1. **СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**
   1. Договор вступает в действие с момента подписания и действует до «31» декабря 2017г., а в части взаиморасчетов Сторон, в том числе являющихся следствием нарушения условий настоящего Договора, – до полного их завершения.
   2. Стороны вправе досрочно расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке. Сторона-инициатор расторжения Договора письменно оповещает другую Сторону не менее чем за 30 (тридцать) календарных дней до прекращения договорных отношений.
2. **ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

9.1. Условия настоящего Договора могут быть изменены исключительно по обоюдному согласию Сторон, за исключением случаев, указанных в настоящем Договоре.

9.2. Все споры, разногласия или требования, возникающие из настоящего договора или в связи с ним, в том числе касающиеся его исполнения, нарушения, прекращения или недействительности, стороны будут стремиться разрешить путем переговоров, в досудебном (претензионном) порядке, срок ответа на претензию – 20 календарных дней с момента получения. При не результативности процедур досудебного урегулирования споры подлежат разрешению в Арбитражном суде в соответствии с действующим законодательством РФ

9.3. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

9.4. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах - по одному для каждой Стороны.

9.5. Указанные ниже Приложения являются неотъемлемой частью настоящего Договора:

- Приложение № 1 – Паспорт здоровья работника (образец);

- Приложение№ 2 – Медицинское заключение по результатам периодического медицинского осмотра (обследования) (образец);

- Приложение №3 – Направление на периодический медицинский осмотр (обследование) (образец);

- Приложение № 4 – Прейскурант цен.

- Приложение№ 5 – Форма заявления, содержащего согласие Пациента на обработку/передачу данных, отнесенных действующим законодательством к персональным данным и/или врачебной тайне.

1. **АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **ЗАКАЗЧИК:**  **ООО «РИМЕРА-Сервис»**  Юридический адрес:  629800, Ямало-ненецкий автономный округ, г. Ноябрьск, Промузел ж/д станция Ноябрьская территория.  Адрес филиала (для почтовой корреспонденции): 628600, Тюменская область, ХМАО-Югра, г. Нижневартовск, ул. Северная, 53  ИНН 7705907626  КПП 860343001  ОГРН 1107746018060  р/сч 40702810067160040831  в Западно-Сибирском банке ПАО «Сбербанк России»,  к/сч 30101810800000000651  БИК 047102651  e-mail: rsnv@rimera.com  Тел./факс: 49-19-49, 48-88-00  Код города + 7 (3466)  **Директор Филиала «РИМЕРА-Сервис-Нижневартовск»**        **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Т.А.Зарипов** **/**  **М.П.** | **ИСПОЛНИТЕЛЬ:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / /**  **М.П.** |

**Приложение № 1**

**к Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**на проведение периодических медицинских осмотров (обследований)**

**от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 2017г.**

|  |
| --- |
|  |

**ОБРАЗЕЦ**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование медицинской организации)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес) | **Медицинская документация**  **Форма № 005-П/У** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код ОГРН |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РАБОТника № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

(дата оформления)

1. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Пол: М Ж 3. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

4. Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Номер страхового

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| полиса ОМС |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

7. Место работы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.1. Вид экономической деятельности:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.2. Полное наименование организации (предприятия) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.3. Форма собственности организации (предприятия): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.4. Наименование структурного подразделения (цех, участок, отдел, отделение и т.д.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Профессия (должность) (в настоящее время):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Условия труда (в настоящее время):

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование производственного фактора, вида работы с указанием пункта\*\* | Стаж работы с фактором |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

10. Профессиональный маршрут до начала работ в данном виде работ (для предварительного медицинского осмотра (обследования):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Начало и окончание работы  (месяц, год) | Организация (предприятие) | Наименование работы с указанием пункта\*\* | Наименование производственного фактора с указанием пункта\*\* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

11. Даты проведения предварительных (при поступлении на работу) медицинских осмотров (обследований):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |

12. Даты проведения периодических медицинских осмотров (обследований)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |

13. Медицинская организация, к которой прикреплен работник для постоянного наблюдения (название, юридический адрес):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. План предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№№**  **п/п** | **Осмотры**  **(обследования)** | **Дата выполнения** | **Заключение по результатам осмотра (годен, не годен, заключение не дано)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\*\*Перечислить вредные и/или опасные производственные факторы и работы в соответствии с Перечнем вредных факторов и Перечнем вредных работ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Приложение № 2**

**к Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**на проведение периодических медицинских осмотров (обследований)**

**от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 2017г.**

**ОБРАЗЕЦ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование медицинской организации)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес) | | | | | | | | | | | | | | | **Медицинская документация**  **Форма № 002-П/У** | |
| Код ОГРН |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |

**медицинское Заключение по результатам периодического медицинского осмотра (обследования)[[1]](#footnote-1)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | | Фамилия Имя Отчество мя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 2. | | Место работы: | | | |
| 2.1. | | Организация (предприятие) | | | |
| 2.2 | | Цех, участок | | | |
| 3. | | Профессия (должность) (в настоящее время)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  | | Вредный производственный фактор, наименование вида работ)[[2]](#footnote-2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 4. | | Предварительный (периодический) медицинский осмотр (обследование)(нужное подчеркнуть) | | | |
| 5. | | Результат медицинского осмотра (обследования):  патология не выявлена/выявлены заболевания (нужное подчеркнуть) | | | |
| 6. | | Наименование заболевания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 7. | | Согласно результатам проведенного предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования): не имеет/имеет медицинские противопоказания к работе/заключение не дано (нужное подчеркнуть) | | | |
| 8. | | Рекомендации по результатам предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования) (направление в специализированную или профпатологическую медицинскую организацию; использование средств индивидуальной защиты, или др.): | | | |
| 9. | | Диспансерная группа: | | | |
| 10. | | Дата и номер извещения об установлении предварительного диагноза острого или хронического профессионального заболевания (отравления):\_\_\_ | | | |
| 11. Председатель врачебной комиссии: | | | | 12. Члены врачебной комиссии: | |
|  | | | |  | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | |  | |

**Приложение № 3**

**к Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**на проведение периодических медицинских осмотров (обследований)**

**от «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 2017г.**

**ОБРАЗЕЦ**

(наименование организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код ОГРН |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**НАПРАВЛЕНИЕ на периодический медицинский осмотр (обследование)**

Направляется в \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(наименование медицинской организации, адрес регистрации, код по ОГРН)

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Дата рождения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

3. Поступающий на работу/работающий (нужное подчеркнуть)

4. Цех, участок\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Вид работы, в которой работник освидетельствуется\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Стаж работы в том виде работы, в котором работник освидетельствуется\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Предшествующие профессии (работы), должность и стаж работы в них \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Вредные и (или) опасные вещества и производственные факторы:

8.1. Химические факторы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер пункта или пунктов Перечня[[3]](#footnote-3), перечислить)

8.2. Физические факторы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер строки, пункта или пунктов Перечня\*, перечислить)

8.3. Биологические факторы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер пункта или пунктов Перечня\*, перечислить)

8.4. Тяжесть труда (физические перегрузки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер пункта или пунктов Перечня\*, перечислить)

9. Профессия (работа) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер пункта или пунктов Перечня\*, перечислить)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (должность уполномоченного представителя) | (подпись уполномоченного представителя) | (Ф.И.О.) |

**МП**

Перечень вредных и (или) опасных производственных факторов, при наличии которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Приложение № 4**

**к Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**на проведение периодических медицинских осмотров (обследований)**

**от «\_\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_ 2017г.**

**Прейскурант цен**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Код услуги | Наименование услуги | стоимость |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Заказчик:**  **Директор Филиала**  **«РИМЕРА-Сервис-Нижневартовск»**        **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Т.А. Зарипов /**  **М.П.** |  | **Исполнитель:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **/ /**  **М.П.** |

**Приложение № 5**

**к Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**на проведение периодических медицинских осмотров (обследований)**

**от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 2017г.**

**ОБРАЗЕЦ**

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ, СОДЕРЖАЩЕГО СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ/ПЕРЕДАЧУ ДАННЫХ, ОТНЕСЕННЫХ ДЕЙСТВУЮЩИМ ЗАКОНАДАТЕЛЬСТВОМ К ПЕРСОНАЛЬНЫМ ДАННЫМ И/ИЛИ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | | | | | | | | | | | |
| Я, пациент (представитель пациента) | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | (Ф.И.О. полностью) | | | | | | | | | | | |
| гражданин | | |  | | | | | пол (М/Ж): | |  | | дата рождения: |  | |
|  | | | (страна) | | | | |  | |  | |  | |  |
| паспорт: | |  | | | | | выдан: | |  | | | | | |
|  | | (серия и номер) | | | | |  | | (когда и кем) | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | код подразделения: | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
| прописанный(ая) по адресу: | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | (адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса) | | | | | | | | |
| проживающий(ая) по адресу: | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | (адрес фактического проживания с указанием почтового индекса) | | | | | | | | |
| контактные телефоны: | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | (укажите как можно больше контактных телефонов: домашний, сотовый, рабочий и т.д., с указанием кода города) | | | | | | | | | | |

в соответствии со статьями 6, 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» **своей волей и в своем интересе настоящим подтверждаю свое согласие** **на обработку\*\* моих персональных данных (персональных данных пациента) оператором – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка персональных данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

Я ознакомлен с тем, обработка персональных данных (в том числе в информационных системах оператора), относящихся к состоянию моего здоровья, необходима для защиты моей жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, а также в целях оказания дополнительных медицинских и иных услуг компаниями, входящими в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ а также медицинскими учреждениями-соисполнителями при оказании услуг путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи (по e-mail, sms, телефону).

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: Ф.И.О., пол и дата рождения, адрес места жительства, биометрические и паспортные данные, семейное положение, состав семьи, социальное положение, образование, профессия, место работы, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

В целях улучшения качества обслуживания и проведения маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в виде sms-сообщений, по e-mail и телефону на указанный мною выше номер телефона и адрес электронной почты.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки:

1. Получение, ввод, сбор, систематизация, накопление персональных данных, а также у третьих лиц;
2. Хранение, удаление персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе);
3. Уточнение (обновление, изменение) персональных данных;
4. Использование персональных данных в связи с оказываемыми услугами;
5. Передача персональных данных субъекта в порядке, предусмотренном законодательством РФ передача по внутренней сети и во внешние организации путем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (на машинных носителях, защищенным каналам связи).
6. Блокирование;
7. Уничтожение.

Оператор также вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных в течение всего срока действия Договора**<\*\*>**, заключенного с оператором, а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством.

Я уведомлен о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных (в том числе своего согласия о получении информации об услугах по e-mail, sms, телефону) путем подачи письменного заявления оператору, а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении либо при получении письменного запроса.

Я подтверждаю ознакомление со следующими правами:

1. На получение сведений об операторе, о месте его нахождения, о наличии у оператора персональных данных, относящихся к соответствующему субъекту персональных данных, а также на ознакомление с такими персональными данными.

2. Требования от оператора уточнения своих персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав.

3. На получение при обращении или при получении запроса информации, касающейся обработки персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что имею право на получение при обращении с письменным запросом информации, касающейся обработки персональных данных, в том числе содержащей:

1) подтверждение факта обработки персональных данных оператором, а также цель обработки;

2) способы обработки персональных данных, применяемые оператором;

3) сведения о лицах, которые имеют доступ к персональным данным или которым может быть предоставлен такой доступ;

4) перечень обрабатываемых персональных данных и источник их получения;

5) сроки обработки персональных данных, в том числе сроки их хранения;

6) сведения о том, какие последствия может повлечь за собой обработка персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что оператор при обработке персональных данных обязан принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий.

**Пациент (Представитель пациента) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***(подпись пациента, либо Представителя пациента, фамилия, имя, отчество****)*

Дата « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201 г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

1. Заверяется печатью медицинской организации, не подлежит передаче работодателю. [↑](#footnote-ref-1)
2. В соответствии с Перечнем факторов и (или) Перечнем работ.

   |  |  |  |
   | --- | --- | --- |
   |  |  |  |

   [↑](#footnote-ref-2)
3. [↑](#footnote-ref-3)