



лекарственных препаратов и противопоказаниях, обо всех перенесенных и известных ему травмах, операциях, заболеваниях, в том числе Вич-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, принимаемых лекарственных средств, информацией о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, а также иной достоверную информацию, необходимую для качественного предоставления услуг. Кроме того, Потребитель обязан немедленно известить Исполнителя обо всех осложнениях, возникших до, во время, или после оказания медицинских услуг.

4.13. Обязан своевременно оплатить услуги Исполнителя в полном размере, предусмотренном действующим прейскурантом и настоящим Договором.

4.14. Являться на осмотры и процедуры в установленные лечащим врачом сроки.

4.15. Извещать Клинику через регистратуру о невозможности явки в Клинику для переноса сроков выполнения услуг, не позднее чем за одни сутки.

4.16. Обязан соблюсти все особенности подготовки к лабораторным исследованиям, правил сбора биоматериала и при необходимости его транспортировки. Исполнитель не несет ответственности за результаты лабораторных исследований (в т.ч. некорректные результаты исследований) в случае сдачи биоматериала Потребителем с нарушением указанных правил. Указанные правила доступны для ознакомления Потребителю на сайте Исполнителя: <http://kdliveg.ru>, а также в медицинском офисе Исполнителя. В случае выявления Исполнителем не соответствия требований, предъявляемым к образцам на этапе преаналитике (гемолиз, хилез сыворотки крови) Потребитель сообщает данную информацию и предлагается повторно сдать биоматериал с соблюдением всех правил подготовки для выдачи корректного результата исследования, срок выполнения исследования по договору будет увеличен, или же договор будет расторгнут по желанию Потребителя, в случае невозможности сообщить данную информацию Потребителю лаборатория оставляет за собой решение о выполнении исследований или расторжении договора.

4.17. В случае если биоматериал предоставляется Потребителем самостоятельно, он обязан предоставлять его в контейнерах, выданных или приобретенных предварительно у Исполнителя. Исполнитель вправе отказать Потребителю в приеме биоматериала в таре не соответствующей его требованиям. Потребитель уведомлен и выражает согласие с тем, что если в процессе проведения исследований будет выявлено, что биологический материал, предоставленный Потребителем, не соответствует требованиям, предъявляемым к образцам (не соблюдение условия подготовки, сбора, хранения, транспортировки образцов, биологический материал загрязнен или полностью отсутствует, или его количество недостаточно и т.д.) Исполнитель не несет никакой ответственности за проведение исследований; при этом анализ новых (дополнительных) образцов биологического материала проводится за счет Потребителя.

4.18. Потребитель обязан заполнить достоверными сведениями и подписать настоящий договор и свое согласие на обработку персональных данных, а также дать согласие на добровольное медицинское вмешательство. В случае не полного заполнения или отказа от подписания Потребителем указанных документов, Исполнитель вправе приостановить оказание услуги до момента исполнения Потребителем условий настоящего пункта Договора.

4.19. Потребитель имеет право получать консультации по технологии оказания медицинских услуг.

4.20. В случае необходимости Потребитель вправе получить необходимую информацию по выполнению исследования.

4.21. Потребитель вправе отказаться от получения медицинской услуги с расторжением настоящего договора и получить обратно часть оплаченной суммы при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов к моменту расторжения договора.

4.22. Потребитель обязуется выполнять указания сотрудников Исполнителя, а также правила поведения в медицинском офисе Исполнителя, а именно снимать верхнюю одежду, надевать бахилы, соблюдать этику общения с сотрудниками и другими посетителями медицинского офиса и т.д. Контроль соблюдения данного пункта осуществляют представители Исполнителя путем аудио и видео наблюдения.

## 5. Ответственность сторон

5.1. За невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Внесение изменений в настоящий договор возможно только при условии письменного согласия обеих Сторон.

5.3. Клиника не несет ответственности за невыполнение своих обязательств по Договору, если такое неисполнение явилось следствием действий (бездействий) Заказчика (Пациента), выраженных в несоблюдении назначений и рекомендаций лечащего врача (медицинского персонала Клиники), условий договора, сообщении Клинике недостоверной информации, и повлекших за собой патологию или осложнения в ходе лечения. Клиника вправе использовать полученную от Заказчика (Пациента) информацию для защиты своих законных интересов, возникающих в ходе реализации условий Договора (например, для подтверждения факта оказания Услуг в случае возникновения спора с Заказчиком (Пациентом)).

5.4. Клиника не несет ответственности за ухудшение состояния здоровья Пациента, которое может возникнуть после оказания медицинской услуги, но не вследствие ее.

5.5. Клиника не несет ответственности за вещи и документы, принесенные и оставленные Пациентом на территории Клиники.

5.6. В случае возникновения спора между Сторонами все вопросы подлежат урегулированию путем переговоров. Перед обращением в суд любая из Сторон обязана направить другой Стороне письменную претензию (обязательный претензионный порядок). Срок ожидания ответа на претензию 10 (десять) календарных дней с момента ее получения.

5.7. Если спор не может быть урегулирован путем переговоров, то он подлежит разрешению в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

5.8. Пациент несет ответственность за достоверность и полноту передаваемой в соответствии с настоящим Договором информации и гарантирует предоставление всех письменных подтверждений данной информации, согласно 4.2. настоящего Договора. В случае нарушения указанных гарантий, Клиника не несет ответственности за невыполнение своих обязательств по настоящему Договору, являющихся следствием такого нарушения.

## 6. Обстоятельства, освобождающие от ответственности

6.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если неисполнение явилось следствием непреодолимой силы, а именно: пожара, стихийных бедствий, эпидемиологической обстановки, военных операций и других независимых от сторон обстоятельств.

## 7. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_, проживающий по адресу:

Паспорт № \_\_\_\_\_ выдан(кем и когда)

настоящим даю свое согласие на обработку в ООО "Тверьлаб" (Юридический адрес: г. Тверь ул. Крылова, д.21. Тел. 8 (4822) 736-736) моих персональных данных, к которым относятся:

- фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, результаты выполненных медицинских исследований (анализов), другая информация, необходимая для правильного проведения и интерпретации результатов медицинских исследований (анализов), проведения диагностики, медицинских манипуляций, назначения лечения, выдачи листка нетрудоспособности.

Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях выполнения обязательств по договору оказания платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам, обезличивание, блокирование, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Кроме того даю свое согласие на получение уведомлений о новостях, проводимых акциях и специальных предложениях от ООО «Тверьлаб»

по смс/вайбер на номер: \_\_\_\_\_

по электронной почте

ООО "Тверской Лабораторный Центр" гарантирует, что обработка моих личных персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ. Я проинформирован, что ООО "Тверской Лабораторный Центр" будет обрабатывать мои персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Одновременно с этим прошу сообщить результаты моих исследований (отметьте нужный вариант):

по электронной почте

смс оповещение о готовности результатов на номер: \_\_\_\_\_

доверенному лицу (которому в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья)

(Ф.И.О. доверенного лица и телефон) \_\_\_\_\_

При передаче результатов исследований по открытым каналам связи (телефон, электронная почта) ООО "Тверской Лабораторный Центр" не несет ответственности в случае возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации. Я, принимая такое решение, понимаю риск возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации.

Данное Согласие дано на неопределенный срок.

Согласие может быть прекращено по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

## 8. Заключительные положения.

8.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, по одному экземпляру для каждой из Сторон, имеющих одинаковую юридическую силу. Срок действия договора 12 месяцев с момента его подписания. Договор может быть автоматически продлен по обоюдному соглашению сторон при отсутствии возражений каждой из сторон.

## 9. Адреса и реквизиты сторон

Потребитель \_\_\_\_\_, тел: \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Потребитель настоящим подтверждает, что им выполнены (будут выполнены) все необходимые формальности для заключения настоящего Договора, в том числе им на основании п. 1. ст. 26

Исполнитель: ООО "Тверской Лабораторный Центр"

Адрес: г. Тверь ул. Крылова, д.21. Тел. 8 (4822) 736-736

ИНН/КПП 6950139837/695001001, ОГРН/ЕГРЮЛ 1116952054878, р/с 40702810593000001590 в Филиал ОАО "УРАЛСИБ" в г. Тверь, к/с 3010181050000000918, БИК 042809918 Лицензия Исполнителя № ЛО-69-01-002205

от 25.06.2018 г., выдана Министерством Здравоохранения Тверской области Адрес места нахождения органа, выдавшего лицензию: 170100, г.Тверь, ул. Советская, д.23

С перечнем оказываемых услуг согласно указанной лицензии Потребитель вправе ознакомиться на информационном стенде в медицинском Офисе Исполнителя.

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

## Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390Н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, в ООО "Тверской Лабораторный Центр".

Медицинским работником: кассир-администратор \_\_\_\_\_ в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20

Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, Я, \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О, гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

Дата оформления: \_\_\_\_\_