До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомляет Пациента о том, что несоблюдение всех назначений и рекомендаций Исполнителя, предписаний специалистов, включая соблюдение дат приемов, соблюдение режима распорядка дня, питания, приема лекарств, соблюдение иных ограничений, а также несвоевременное уведомление Исполнителя об имеющихся заболеваниях, могут снизить качество услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента, а также уведомляет о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальных программ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Исполнитель не является участником указанных Программ.

Тест Арнольд Петрович ✓_____(Подпись Пациента)

ДОГОВОР № 149
на оказание (предоставление) платных медицинских услуг

г. Москва 20 октября 2025 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Селин Медикал Групп**»**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» или «Клиника», в лице генерального директора Климова А.М., действующего на основании Устава, с одной стороны, и **Тест Арнольд Петрович**, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», получающая(ий) платные медицинские услуги лично в соответствии с Договором, при совместном упоминании именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Исполнитель обязуется предоставить Пациенту медицинскую помощь в форме платных услуг («Услуги»), а Пациент обязуется оплатить услуги в соответствии с настоящим Договором и Правилами предоставления платных медицинских услуг ООО «Селин Медикал Групп»(«Правила»), размещенными на сайте https://seline.ru/bitrix/templates/seline/files/pravila-okazaniya-platnih-medicinskih-uslug.pdf, в уголке потребителя и на стойках ресепшн Клиники. «Правила» являются неотъемлемой частью Договора, как если бы они были включены в его текст. Подписанием настоящего Договора Пациент подтверждает, что ознакомлен с «Правилами» и полностью и безусловно присоединяется к ним. Перечень и стоимость услуг указаны в Приложении № 3 к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору действительны только если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

2. Оказание услуг осуществляется в соответствии с режимом работы Клиники, по предварительной записи, **по адресу 119021, г. Москва, ул. Тимура Фрунзе, д. 11, стр. 15.** Запись осуществляется на свободное время врача-специалиста в соответствии с расписанием приема пациентов в выбранное Пациентом время и даты приема.

3. Расчет за предоставляемые услуги проводятся Пациентом в полном объеме перед оказанием. Оплата услуг производится путем перечисления суммы за предоставляемые услуги наличными или безналичными денежными средствами путем внесения их в кассу Исполнителя или путем перечисления их на расчетный счет. Датой платежа и моментом исполнения обязанности Пациента оплатить услуги считается дата поступления денежных средств на расчетный счет или в кассу Исполнителя.

4.Пациент уведомлен о том, что должен соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения Пациента в Клинике, а также о том, что без взимания дополнительной платы в установленные законодательством Российской Федерации сроки Исполнителем выдаются медицинские документы (в том числе копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

5. Оказание дополнительных медицинских услуг, не включенных в предмет Договора, оформляется в виде дополнительного соглашения к Договору или нового Договора с указанием конкретных медицинских услуг и их стоимости. Без письменного согласия Потребителя ООО «Селин Медикал Групп» не вправе оказывать дополнительные услуги на возмездной основе. Письменное согласие Потребителя может быть выражено в Информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, подписанное Потребителем собственноручно, и Акте по выполненным работам (оказанным услугам).

6. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ. Исполнитель не несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств, если при той степени заботливости и осмотрительности, которая требовалась по характеру выполнения действий, ожидаемый результат не был достигнут в силу того, что, несмотря на правильные действия, уровень медицинской помощи не гарантирует 100% результата. Исполнитель не несет ответственности за осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма Пациента, вероятность которых используемые знания и технологии не могут исключить.

7. Настоящий Договор вступает в силу с даты подписания его обеими Сторонами и действует до 31.12.2025 года Действие настоящего Договора автоматически пролонгируется неограниченное количество раз, на следующий календарный год при условии, что ни одна из Сторон не заявила письменно о его расторжении за один месяц до истечения его действия.

8. При одностороннем отказе одной из сторон от Договора Пациенту возвращается уплаченный аванс (предварительная оплата) в полном объеме или, если Исполнителем фактически понесены расходы либо часть услуг оказана Заказчику полностью, аванс (предварительная оплата) подлежит возврату за вычетом соответствующих сумм.

9. Стороны подтверждают, что при заключении Договора Пациенту предоставлена полная информация в доступной форме о тех услугах, которые будут предоставлены. Все понятия, используемые в Договоре, трактуются в соответствии с ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Во всем остальном Стороны руководствуются законодательством РФ.

10. Настоящий Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую силу. Согласно ст.160 ГК РФ при подписании Договора и приложений к нему Исполнитель может использовать факсимильное воспроизведение подписи.

11. Приложения, изложенные в настоящем пункте, являются неотъемлемой частью настоящего Договора: 1. «Информированное добровольно согласие на медицинское вмешательство»; 2. «Согласие пациента на передачу и обработку персональных данных» 3. «Перечень платных медицинских услуг»;

12. Факт государственной регистрации юридического лица и внесения сведений о Клинике в ЕГРЮЛ (ОГРН 1187746315382) является – лист записи, выдан «21» марта 2018 года Межрайонной Инспекцией ФНС № 46 по г. Москве.

13.Медицинская деятельность осуществляется на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности от 30.07.2020 г., регистрационный номер Л041-01137-77/00361612, выданной Департаментом Здравоохранения города Москвы (г. Москвы, 127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, тел. 8 (499) 251-83-00. Срок действия лицензии: бессрочно. Лицензирующий орган: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (109074, г. Москва, Славянская площадь, дом 4, строение 1, тел: 8 (495) 698-45-38; 8 (499) 578-02-30)
С текстом лицензии можно ознакомиться по адресу: https://seline.ru/bitrix/templates/seline/files/Л041-01137-77_00350879_(1).pdf

8. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:
ООО "Селин Медикал Групп"
Юридический адрес: 129090, Москва, Протопоповский переулок, дом №19, строение №13, этаж 4, комната 11.
Фактический адрес: 119034, г. Москва, ул. Тимура Фрунзе, д. 11, стр.15.
Тел.: +7 (499) 499-26-26, E-mail: info@seline.ru
ОГРН: 1187746315382 ИНН/КПП: 7703445101/770201001
Р/счет: 40702810526000000687 ФИЛИАЛ «Центральный» БАНКА ВТБ (ПАО) в г. Москве
К/счет: 30101810145250000411 БИК: 044525411

Генеральный директор: _____ / А.М. Климов

ПАЦИЕНТ:
Тест Арнольд Петрович

Паспорт гражданина РФ, серия: PD, № 12667890, выдан: 04.06.1992, отдел, № подр.

Адрес регистрации: 142050, Московская обл., г. Домодедово, ул. Свободы (Белые Столбы мкр.), д. 5, кв. 123
Телефон: +7(123)654-78-93

✓_____/ **Тест Арнольд Петрович**

Клиника: _____ *Пациент* ✓_____

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, Тест Арнольд Петрович (ФИО гражданина либо законного представителя), 20.05.1964 г. рождения, зарегистрированный по адресу: 142050, Московская обл., г. Домодедово, ул. Свободы (Белые Столбы мкр.), д. 5, кв. 123, проживающий по адресу: 248016, Калужская обл., г. Калуга, ул. Ленина, д. 45

В отношении _____
(ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)

«___»_____ _____г. рождения, проживающего 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, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г № 390н (далее – виды медицинских вмешательства, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Обществе с ограниченной ответственностью «Селин Медикал Групп» **(ООО «Селин Медикал Групп»), а именно: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; медицинский массаж.**

Медицинским работником (ФИО медицинского работника) _____
в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты о**казания 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Отказ от медицинского вмешательства совершается в письменной форме.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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 (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти.

Тест Арнольд Петрович, +7(123)654-78-93
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

✓ Тест Арнольд Петрович
(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ _____
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

Дата: 20 октября 2025 г.

Клиника: _____ *Пациент* ✓_____

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПЕРЕДАЧУ И ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

г. Москва 20 октября 2025 г.

Я, Тест Арнольд Петрович, 20.05.1964 г. рождения, +7(123)654-78-93
Адрес регистрации: 142050, Московская обл., г. Домодедово, ул. Свободы (Белые Столбы мкр.), д. 5, кв. 123
Паспортные данные: серия PD номер 12667890 дата выдачи: 04.06.1992 орган выдавший:отдел
Адрес электронной почты: esshirkina@seline.ru

Номер мобильного телефона: +7(123)654-78-93

свободно, своей волей и в своем интересе **в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие медицинской организации ООО «Селин Медикал Групп»**, **ОГРН 1187746315382, ИНН 7703445101, адрес: г. Москва, ул. Тимура Фрунзе, д.11, стр.15, https://seline.ru/** (далее – Оператор), на обработку моих персональных данных, включающих:

фамилию, имя, отчество (последнее — при наличии), пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, номера телефонов для связи, адрес электронной почты (при наличии), место жительства, место регистрации, дату регистрации, состав семьи и данные о родственниках, образование, занимаемая должность, место работы, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС),

в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных: данных об оказании медицинских услуг, о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях и иная информация, полученная при моем обследовании и лечении)
а также фото/видео изображение физического лица (субъекта персональных данных, указанного в настоящем согласии), аудиозапись его голоса и видеозапись оказания ему в ООО «Селин Медикал Групп» медицинских услуг.

Указанные персональные данные предоставляю для обработки в следующих целях:
- в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну;
- осуществления передачи результатов медицинских исследований (лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований) на адрес электронной почты (e-mail), указанный мной в соответствующем запросе, при его подаче и наличии технологической возможности;
- для обеспечения сервиса напоминания о приеме Пациента у врача с помощью смс-сообщения, сообщений в мессенджерах, телефонных звонков или по электронной почте;
- Обработка данных о моем здоровье и биометрических данных может осуществляться в целях обеспечения безопасности сотрудников медицинской организации и моей безопасности; в целях рассмотрения конфликтов, стороной которых я являюсь; в целях проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи, оказываемой мне.
- реализации Оператором своих полномочий и выполнения своих обязанностей, обязательств и компетенций, определенных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основан охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также иными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации и города Москвы.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными (лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе в электронном виде, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.
В процессе оказания Оператором мне 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, а также другим медицинским организациям в случае необходимости их привлечения для оказания отдельных видов медицинских услуг.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну неавтоматизированным и автоматизированным способами, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа;
Обмен персональными данными между сотрудниками Оператора осуществляется по внутренней сети, которая обеспечивает доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников.

Передавать сведения, составляющие врачебную тайну, следующими способами:

- ☐ **лично**
- ☐ **заказным письмом**

Клиника: _____ *Пациент* ✓_____

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»

☐ **по электронной почте**

Мне разъяснено, что Медицинские организации не могут гарантировать и не гарантируют доставку электронных сообщений на указанный выше адрес электронной почты после их отправки Медицинскими организациями, и защищенность указанных сообщений от несанкционированного доступа третьих лиц. Медицинские организации не отвечают за последствия, обусловленные исполнением моей воли способом передачи сведений, составляющих врачебную тайну, по электронной почте.

☐ Я согласен на получение от ООО "Селин Медикал Групп" в лице: администраторов клиники, лечащего врача и иных уполномоченных сотрудников, электронных писем, СМС, телефонных звонков с целью_информирования об оказываемых услугах, в том числе о подтверждении (отмене или изменении, напоминании) даты и времени записи на приём к врачу, о готовности результатов исследований.

☐ Я согласен на получение от ООО "Селин Медикал Групп" сообщений в рекламно-информационных целях об услугах (сервисах) Общества *(персональных бонусах и подарочных скидках, включая праздничные условия ко дню рождения; уведомления о новых процедурах, специальных условиях и индивидуальных предложениях, сформированных с учётом интересов пациента, о направлении информации о специальных предложениях по процедурам и курсам, о закрытых мероприятиях для пациентов Клиники)*

Информация может направляться посредством SMS-сообщений, электронных писем, сообщений в мессенджерах, а также телефонных звонков.

Я подтверждаю, что указанные в настоящем согласии сведения (в том числе номера мобильного телефона и адреса электронной почты) являются достоверными и принадлежат мне (используются мной).

Я подтверждаю, что ознакомлен со следующими своими правами:1) на получение сведений об Операторе, о месте его нахождения, о наличии у Оператора персональных данных, относящихся к моим персональных данных, а также на ознакомление с такими персональными данными; 2) требовать от Оператора уточнения своих персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, 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 к Оператору с запросом информации, касающейся обработки своих персональных данных.

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

Я уведомлен(а) 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 по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручить лично под подпись уполномоченному представителю Оператора.

В случае отзыва настоящего документа Оператор вправе продолжить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Тест Арнольд Петрович

(ФИО заявителя полностью) (подпись заявителя)

Клиника: _____ *Пациент* ✓_____

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»

Анамнестическая анкета к договору-согласию на оказание медицинских услуг.
Уважаемый пациент для более точного сбора анамнеза просим заполнить эту анкету

Фамилия И.О. Тест Арнольд Петрович Пол ____ Возраст

ВОПРОСЫ
(Подчеркните или обведите кружочком нужные ответы, затем верните врачу)

Болеете ли Вы в данный момент ОРЗ, гриппом, герпесом?	Да	Нет
Были ли у Вас аллергические реакции на лекарства, продукты, пыльцу и т. д.?	Да	Нет
К каким лекарствам у Вас непереносимость/аллергия? 1)		
2)		
3)		
Страдаете ли Вы бронхиальной астмой, астматическим бронхитом?	Да	Нет
Бывает ли у Вас повышение артериального давления (гипертония)?	Да	Нет
Случались ли у Вас ранее нарушения мозгового кровообращения, инсульты?	Да	Нет
Бывают ли у Вас обмороки, пониженное артериальное давление?	Да	Нет
Наблюдаетесь ли вы у врача-кардиолога по поводу ишемической болезни сердца, стенокардии, аритмии, сердечной недостаточности, инфаркта миокарда?	Да	Нет
Имеются ли у Вас врожденные или приобретенные пороки сердца?	Да	Нет
Бывают ли у Вас длительные кровотечения, нарушения свертываемости крови?	Да	Нет
Имеются ли у Вас заболевания щитовидной железы?	Да	Нет
Страдаете ли Вы сахарным диабетом?	Да	Нет
Больны ли Вы ревматизмом, ревматоидным артритом?	Да	Нет
Болеете ли вы гепатитом- В, - С , - D , СПИДом, сифилисом или туберкулезом? Если да, то укажите, каким?	Да	Нет
Был ли у Вас гепатит, другие заболевания печени, желудочно-кишечного тракта?	Да	Нет
Страдаете ли вы хроническими заболеваниями почек?	Да	Нет
Страдаете ли вы глаукомой?	Да	Нет
Больны ли вы эпилепсией?	Да	Нет
Для женщин: наличие беременности или кормление грудью в настоящее время?	Да	Нет
Принимаете ли вы в настоящее время какие-либо лекарства? Если да, то укажите, какие? 1)_____ 2)_____ 3)_____	Да	Нет
Укажите, если у Вас имеются какие-либо другие сопутствующие заболевания или перенесен операции. 1)_____ 2)_____ 3)_____		
Укажите, если у Вас раньше наблюдались какие-либо осложнения во время и после хирургического (или стоматологического) лечения. Непереносимость анестезии (если есть указать какой препарат): 1)_____ 2)_____		

Клиника: _____ *Пациент* ✓_____

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»

СОГЛАСИЕ на передачу персональных данных в ЕГИСЗ (отказ от передачи данных в ЕГИСЗ)

Я, Тест Арнольд Петрович
(фамилия, имя, отчество (при наличии) **субъекта персональных данных**)
СНИЛС 097-694-087 39
документ, удостоверяющий личность серия PD, номер 12667890,
кем выдан отдел, когда выдан 04.06.1992,
адрес регистрации: 142050, Московская обл., г. Домодедово, ул. Свободы (Белые Столбы мкр.), д. 5, кв. 123
адрес электронной почты (при наличии) esshirkina@seline.ru

Согласен / Отказываюсь от согласия **(выбранное подчеркнуть)**

на передачу ООО «Селин Медикал Групп» (ОГРН 1187746315382, ИНН 7703445101, КПП 770201001, юридический адрес: 129090, Москва, Протопоповский пер., д. 19, стр. 13, каб. 3, фактический адрес: 119034, г. Москва, ул. Тимура Фрунзе, д. 11, стр.15., (далее – Оператор) в **единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (далее — ЕГИСЗ**) моих персональных данных включающих фамилию, имя, отчество, пол, гражданство, дату рождения, место жительства и место регистрации, контактный телефон, данные документа, удостоверяющего личность (паспорт, иной документ), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС)*, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, анамнезе, диагнозе и иные сведения федеральных информационных систем в сфере здравоохранения, федеральных баз данных и федеральных регистров в сфере здравоохранения, предусмотренные нормативными правовыми актами Российской Федерации в медико-профилактических целях и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом (оператором), профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, чьи должностные инструкции, функциональные обязанности или выполняемые обязанности, включают право на работу с персональными данными.
В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, в интересах моего обследования и лечения, обрабатывать и передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, посредством внесения их в электронную базу данных медицинской информационной системы ЕГИСЗ.
*В случае непредоставления пациентом номера своего СНИЛС, передача электронных данных в ЕГИСЗ будет невозможна.
Настоящий документ подписан мной на основании следующих нормативных актов:
- ст. 78 Федеральный закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».
- постановления Правительства от 09.02.2022 № 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения».
- Приказа Минздрава России от 07.09.2020 №947н «Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов».

в соответствии с подпунктом «е» пункта 6 Постановления Правительства РФ от 1 июня 2021 г. N 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства РФ» даю согласие на передачу следующих моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) ООО «КДЛ ДОМОДЕДОВО-ТЕСТ», расположенным по адресу: 142000, Московская область, город Домодедово, ул Каширское Шоссе (Северный Мкр.), д. 7, офис 515, ИНН 5009046778, ОГРН 1045002010085 в Министерство здравоохранения Российской Федерации (адрес: 127994, Москва Город, пер. Рахмановский, д.3/25, стр.1;2;3;4) посредством ЕГИСЗ (Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения): фамилия, имя, отчество, пол, возраст, дата рождения, адрес регистрации, паспортные данные, СНИЛС, контактный телефон, результаты лабораторных исследований в объеме, соответствующем позициям Федерального справочника лабораторных исследований.
Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва либо на срок хранения документации, установленный действующим законодательством. Согласие распространяется на передачу результатов по исследованиям, указанным в приложении 1 к договору на день оформления заявки и подписания согласия.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва либо на срок хранения документации, установленный действующим законодательством. Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменного заявления не менее, чем за 3 рабочих дня до даты отзыва согласия.

20 октября 2025 г. Тест Арнольд Петрович_____

(подпись)
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента
персональных данных полностью)

Клиника: _____ *Пациент* ✓_____

© Охраняется авторским правом.
Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»