

Настоящим я, **Тестовый Тест Тестович**, 01.01.2001 г.р., паспорт 1111 000000, выдан ОТДЕЛ УФМС РОССИИ ПО ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВЕТСКОМ РАЙОНЕ ГОР. ТАМБОВА, дата выдачи 01.01.2001, код подразделения 680-001, зарегистрирован (а): Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1, подтверждаю, что перед заключением с ООО "МедЛаб С" договора о предоставлении платных медицинских услуг, в котором ООО "МедЛаб С" выступает Исполнителем, а я Потребителем, я в доступной и понятной форме **уведомлен (а)**

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в медицинских организациях/учреждениях, работающих по указанным программам. ООО "МедЛаб С" участником указанных программ **не является**, услуги в рамках указанных программ **не оказывает**.

- о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, непосредственно предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, в том числе определённого на период временной нетрудоспособности Потребителя, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

Подпись _____

Тестовый Тест Тестович

Договор № 373567/1 о предоставлении платных медицинских услуг

г.Тамбов

24.11.2025

Общество с ограниченной ответственностью ООО "МедЛаб С" ОГРН 1186820010134, ИНН 6829145344, выполняет по адресу: 392019, г.Тамбов, ул. Чичерина, д.19, пом 68 работы (услуги) согласно лицензии Л041-01196-68/00357574 от 02.11.2020, действующей бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Тамбовской области, расположенным по адресу: 392000, г.Тамбов, ул.Советская, 106/5, оф.сайт zdrav.tmbreg.ru, телефон: (475)279-25-12, E-mail: post@zdrav.tambov.gov.ru: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); гастроэнтерологии; гематологии; дерматовенерологии; кардиологии; колопроктологии; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ревматологии; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике; эндокринологии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым).;

в лице администратора Ивановой Елены Викторовны действующего на основании доверенности №4 от 24.10.2023 г., действующей 3 года, именуемое в дальнейшем - «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) **Тестовый Тест Тестович**, 01.01.2001 г.р., паспорт 1111 000000, выдан ОТДЕЛ УФМС РОССИИ ПО ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВЕТСКОМ РАЙОНЕ ГОР. ТАМБОВА 01.01.2001г., код подразделения 680-001, зарегистрирован(а) по адресу: Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1, СНИЛС, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель оказывает Потребителю платные медицинские услуги, перечень, стоимость и срок предоставления которых указаны в согласованной Сторонами смете, составленной согласно действующему прейскуранту Исполнителя, а Потребитель оплачивает оказываемые услуги в порядке, установленном настоящим договором. При изменении условий договора Стороны подписывают дополнительное соглашение (смету).

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Обеспечить оказание медицинских услуг Потребителю по настоящему договору, при условии предварительной записи.

2.1.2. Обеспечить оказание качественных медицинских услуг Потребителю в соответствии с клиническими рекомендациями, стандартами, порядками и иными нормативными документами, действующими в системе здравоохранения с учетом объективного состояния здоровья Потребителя на момент оказания услуги.

2.1.3. В случае возникновения обстоятельств, препятствующих выполнению условий настоящего договора немедленно известить об этом Потребителя.

2.1.4. В доступной для Потребителя форме информировать его:

- о состоянии здоровья, результатах обследования, диагнозе и методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения Потребителя о предстоящих основных или дополнительных диагностических, лечебно-профилактических процедурах и их стоимости.

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.5. Предупредить Потребителя в случае, если требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором или сметой, либо оказание медицинских услуг в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

При достижении с Потребителем соглашения об оказании услуг, указанных в абз.1 настоящего пункта, заключить дополнительное соглашение к настоящему договору. В качестве такого соглашения признается в том числе подписанная Сторонами дополнительная смета.

2.1.6. Вести медицинскую документацию установленного образца.

2.1.7. Гарантировать Потребителю защиту конфиденциальной информации (врачебная тайна).

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. При наличии медицинских показаний с согласия Потребителя направить его на дополнительные диагностические обследования и консультации врачей-специалистов.

2.2.2. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий, и/или риске нанесения ими вреда здоровью, уведомить об этом Потребителя и согласовать в дополнительном соглашении проведение возможных по медицинским показаниям медицинских услуг, либо отказать ему в оказании соответствующих услуг.

2.2.3. Изменить сроки оказания медицинской услуги по согласованию с Потребителем при наличии объективных причин: болезнь/отсутствие по уважительным причинам врача при условии невозможности обеспечить замену, техническая неисправность оборудования, задержка Потребителем оплаты медицинской услуги. Об изменении сроков оказания медицинских услуг стороны подписывают дополнительное соглашение.

2.2.4. Отказаться от исполнения настоящего договора в одностороннем порядке в случае невозможности оказать Потребителю платные медицинские услуги надлежащего качества в следствие:

2.2.4.1. неисполнения Потребителем назначений лечащего врача;

2.2.4.2. нарушении потребителем Правил внутреннего распорядка для пациентов Исполнителя (правила поведения и режим работы Исполнителя), в том числе, но не исключительно: опоздания на прием более чем на 15 минут; нахождения в момент приема в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения, не позволяющих получить от Потребителя объективную информацию о состоянии его здоровья, причинах обращения, провести осмотр и обследование Потребителя; агрессивного, иного асоциального поведения, не позволяющего получить от Потребителя объективную информацию о состоянии его здоровья, причинах обращения, провести осмотр и обследование Потребителя;

2.2.4.3. отсутствия у Исполнителя лицензии на оказание услуг, предоставление которых необходимо Потребителю, а также отсутствие врача соответствующего направления, отсутствие/неисправное состояние необходимого для оказания данных услуг оборудования.

2.2.4.4. отказа Потребителя (законного представителя потребителя) от предоставления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в порядке, установленном законодательством РФ.

2.2.5. Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими организациями и специалистами.

2.3. Потребитель обязан:

2.3.1. Дать информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства.

2.3.2. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности (ч.3ст 27 ФЗ РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Точно выполнять назначения (рекомендации) Исполнителя по лечению, в том числе соблюдать указания Исполнителя, предписанные на период после оказания услуг.

2.3.3. Соблюдать правила подготовки к диагностическим манипуляциям (анализам, инструментальным исследованиям), доведенные до него работниками Исполнителя.

2.3.4. Сообщить медицинскому работнику до оказания медицинских услуг достоверные сведения о состоянии здоровья Потребителя, в том числе о перенесенных заболеваниях, наличии хронических заболеваний, непереносимости лекарственных препаратов, известных аллергических реакциях и противопоказаниях; иные сведения, которые могут повлиять на ход оказания медицинской услуги и требуются для обеспечения своевременного и качественного оказания услуги; информировать о любых изменениях самочувствия при прохождении курса лечения, известных аллергических реакциях и противопоказаниях.

2.3.5. Соблюдать Правила внутреннего распорядка для пациентов Исполнителя (правила поведения и режим работы Исполнителя) (ч.3 ст. 27 ФЗ РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Подписывая настоящий договор, Потребитель подтверждает, что проинформирован о том, что Правила внутреннего распорядка для Пациентов размещены на информационном стенде и сайте Исполнителя, что обеспечивает к ним доступ; что ознакомлен с указанными Правилами, они разъяснены ему сотрудниками Исполнителя и понятны.

Дополнительно Потребителю пояснена необходимость, при обращении за услугами Исполнителя, пользоваться предварительной записью, приходить для получения услуги заранее (10-15 минут) для оформления необходимой документации, а также пояснено, что опоздание на прием более чем на 15 минут препятствует оказанию платной медицинской услуги надлежащего качества, что может нанести вред здоровью Потребителя, ввиду чего в оказании услуги может быть отказано.

2.3.6. Соблюдать режим работы Исполнителя, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

2.3.7. После оказания услуг подписать Акт выполненных работ (оказанных услуг), указав замечания при наличии, и вернуть Исполнителю подписанный экземпляр. В случае отказа от подписания Акта направить Исполнителю письменное аргументированное возражение в течение тридцати дней.

В случае неподписания акта и отсутствия аргументированных письменных возражений, указанных в абз. 1 настоящего пункта, выполненные работы (оказанные услуги) считаются принятыми

2.3.8. Оплатить предоставленные медицинские услуги на условиях, указанных в настоящем договоре. Факт оплаты оказанных услуг свидетельствует об отсутствии у Потребителя претензий к номенклатуре и объёму оказанных услуг.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать медицинские услуги надлежащего качества, в объёме и в сроки, согласованные в настоящем договоре;

2.4.2. Получать заключения с указанием результатов исследований, лечебно-диагностических мероприятий и необходимых рекомендаций и иную информацию об оказываемой медицинской помощи, оформленные в соответствии с требованиями действующего законодательства.

2.4.3. В любое время отказаться от исполнения договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесённых им расходов.

2.4.4. Направлять обращения (жалобы, претензии, требования), связанные с оказанием медицинских услуг по настоящему договору, в письменном виде по адресу: 392019, г.Тамбов, ул. Чичерина, д.19, пом 68

3. ЦЕНА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ

3.1. При определении стоимости медицинских услуг Стороны руководствуются действующим на дату обращения Потребителя за оказанием услуг Прейскурантом Исполнителя.

3.2. Оплата услуг по договору осуществляется наличными денежными средствами, с использованием платежных банковских карт, оплатой с помощью системы быстрых платежей по выбору Потребителя. По согласованию сторон оплата за медицинскую услугу может осуществляться Потребителем предварительно до получения услуги у Исполнителя. Оплата производится не позднее дня, когда была оказана медицинская услуга

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. Исполнитель не несёт ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало: несоблюдение Потребителем рекомендаций (указаний) специалистов Исполнителя; предоставление Потребителем неполной и (или) недостоверной информации, предусмотренной п. 2.3.4. настоящего договора, а также неисполнение Потребителем обязанностей, предусмотренных п.п. 2.3.2., 2.3.3. настоящего договора

4.3. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимой силы).

4.4. Потребитель проинформирован о том, что его неявка без уважительной причины на осмотр, назначенный лечащим врачом, или осмотр, назначенный врачебной комиссией на основании обращения Потребителя, для оценки результатов лечения, освобождает Исполнителя от ответственности за нарушение сроков рассмотрения обращений Потребителя, обусловленных такой неявкой.

4.5. Меры ответственности Сторон применяются в соответствии с нормами действующего законодательства РФ.

5. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ

5.1. Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, является собственностью Исполнителя и не может быть изъята Потребителем самовольно.

5.2. Медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении

платных медицинских услуг лекарственных препаратов и медицинских изделиях, выдаются Исполнителем Потребителю в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020 г. N 789н и п.п. 4 и 5 ст.22, п.3 ст.78 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

5.3. Медицинские документы (копии, выписки) выдаются на основании письменного запроса Потребителя, поданного нарочным, направленного почтой, либо в виде электронного документа, подписанного ЭЦП.

5.4. На материальном носителе (бумажном) копии документов, справки, выписки, заключения предоставляются без взимания дополнительной платы однократно (Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020 г. N 789н).

5.5. Запись указанных документов на электронные носители, предоставленные Потребителем, не допускаются.

5.6. В случае повторного запроса предоставленных ранее копий медицинских документов на бумажном носителе Исполнитель вправе брать плату за оказание услуг по копированию/изготовлению документов в размере за 1 лист бумаги 20 руб.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует неопределённый срок.

6.2. Настоящий договор может быть изменён путём подписания Сторонами дополнительного соглашения или сметы; расторгнут путём подписания Сторонами соглашения о расторжении, а также в случаях, предусмотренных договором или действующим законодательством.

6.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

7. Реквизиты и подписи сторон:

Исполнитель:

ООО "МедЛаб С"

Юр. адрес: РФ 392019 г. Тамбов, ул. Чичерина, д. 19/1, пом. 68, <https://medlabс.ru>

Факт. адрес: 392019, г.Тамбов, ул. Чичерина, д.19, пом 68

ИНН 6829145344, КПП 682901001,

ОКПО 34163044, ОГРН 1186820010134,

ОКВЭД 86.21

Р/с 407-02-810-5-6100-0006357

Тамбовское Отделение №8594 ПАО СБ г.Тамбов

К/с 301-01-810-8-0000-0000649

БИК 046850649

Тел.: (475)244-00-00

e-mail: info.ch@medlabс.ru

сайт агрегатор: www.medlab-clinic.ru

Администратор: Иванова Елена Викторовна

Потребитель:

Тестовый Тест Тестович

01.01.2001 г.р.,

Паспорт РФ

1111 000000

выдан: ОТДЕЛ УФМС РОССИИ ПО ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВЕТСКОМ РАЙОНЕ ГОР.

ТАМБОВА, дата выдачи: 01.01.2001,

код подразделения: 680-001

зарегистрирован Тамбовская область, городской округ

Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1

почтовый адрес для корреспонденции:

Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов,

Тестовая, д.1, кв.1

Телефон: (000)000-00-00

E-mail:

Тестовый Тест Тестович

Иванова ✓/

М.П.

/ _____ ✓/



Согласие на обработку персональных данных

Я, **Тестовый Тест Тестович**, 01.01.2001, паспорт 1111 000000, выдан ОТДЕЛ УФМС РОССИИ ПО ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВЕТСКОМ РАЙОНЕ ГОР. ТАМБОВА, дата выдачи 01.01.2001, код подразделения 680-001, зарегистрирован (а): Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1, настоящим даю свое согласие на обработку ООО "МедЛаб С" ОГРН 1186820010134 ИНН 6829145344, юр. адрес: РФ 392019 г. Тамбов, ул. Чичерина, д. 19/1, пом. 68, <https://medlabcs.ru> (далее – Оператор) моих персональных данных (*далее Персональные данные), к которым относятся: фамилия, имя, отчество; год рождения; месяц рождения; дата рождения; семейное положение; пол; адрес электронной почты; адрес места жительства; адрес регистрации; номер телефона; СНИЛС; ИНН; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; данные документа, содержащиеся в свидетельстве о рождении; реквизиты полиса ДМС; сведения о состоянии здоровья (факт обращения за оказанием медицинской помощи; анамнез; диагноз; сведения об организации, оказавшей медицинские услуги; вид оказанной медицинской услуги; объем оказанной медицинской помощи; результат обращения за медицинской помощью; результат выполненных медицинских исследований (анализов); серия и номер выданного листка нетрудоспособности; сведения о заболеваниях (состояниях), сведения о назначенных лекарственных препаратах с указанием средств идентификации лекарственных препаратов; документах, формируемых при направлении пациентов в иные лечебные учреждения) *в целях выполнения обязательств, вытекающих из договора о предоставлении платных медицинских услуг 373567/1от 24.11.2025 (*далее Договор): медико-профилактических целях, целях установления медицинского диагноза, обеспечения оперативного и качественного оказания медицинских услуг и выполнения требований действующего законодательства.* Настоящее согласие предоставляется на осуществление действий Оператора в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор; запись; систематизация; накопление; хранение; уточнение (обновление, изменение); извлечение; использование; передача (предоставление, доступ); удаление; обезличивание, уничтожение, а равно на осуществление указанных действий для достижения указанных выше целей при необходимости третьими лицами: соисполнителями по Договору: ООО «ДиаЛаб Плюс» (ИНН 7728621567, 117513, г. Москва, ул. Островитянова, д.8), ООО «НПФ «ХЕЛИКС» (ИНН 7802122535, 194044, г. Санкт-Петербург, Б. Сапсониевский пр., д. 20, лит. А), ТОГБУЗ «Тамбовский областной онкологический клинический диспансер» (ИНН 6832006615, 392000, г. Тамбов, ул. Московская, д. 29В), а так же организациями, оказывающими платные медицинские услуги в рамках франшизы «МЕДЛАБ» в случае принятия мной решения об обращении в данные организации: ООО «МЕДЛАБ» (ИНН 6829098214, ОГРН 114682900092, г. Тамбов, ул. Северо-Западная, д. 5А), ООО «МедЛаб Плюс» (ИНН 6829142512, 392000 г. Тамбов, ул. Советская, д 81А, пом. №63, ком. №11-12), ООО «МедЛаб С» (ИНН 6829145344, 392019, г. Тамбов, ул. Чичерина, д.19/1 пом.68), ООО «МЦ МедЛаб» (ИНН 6829155790, 392019, г. Тамбов, ул. Победы, д. 7).

Настоящим так же выражаю своё согласие на передачу моих Персональных данных в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (*далее ЕГИСЗ) в целях исполнения требований действующего законодательства РФ: да/нет _____ V/ _____ /

Оператор гарантирует, что обработка моих персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ юридическим лицом, осуществляющим медицинскую деятельность на основании лицензии Л041-01196-68/00357574 от 02.11.2020, действующей бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Тамбовской области, с сохранением врачебной тайны. Я проинформирован, что Оператор будет обрабатывать мои персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Даю свое согласие на передачу мне Оператором результатов проведённых по Договору исследований по электронной почте: , через сервис «Результаты анализов», размещённый в сети Интернет на сайте www.medlab-clinic.ru: да/нет _____ V/ _____ /

Данное Согласие дано сроком на 10 (десять) лет. Я оставляю за собой право в любой момент отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку. Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую своей волей, в своих интересах.

Дата: 24.11.2025г.

Подпись: √ _____ (Тестовый Тест Тестович)

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, Тестовый Тест Тестович, 01.01.2001 г.р., зарегистрированный(ая) по адресу: Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1, проживающий по адресу: Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1 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 РФ от 23.04.2012 №390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО "МедЛаб С":

Медицинским работником _____ (должность, ФИО.) 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 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти _____ (ФИО, тел.)

Я предупрежден(а) о возможных побочных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и связанных с ними риском, включая не зависящие от соблюдения применяемой технологии (т.е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью). В случае применения лекарственных препаратов, приобретенных за счет собственных средств, я несу ответственность за соблюдение условий хранения и транспортировки лекарственных препаратов в соответствии с инструкцией. Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения меня удовлетворяют, что подтверждаю своей подписью.

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

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; 3. Антропометрические исследования; 4. Термометрия; 5. Тонометрия; 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; 8. Исследование функции нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); 9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография; 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно; 13. Медицинский массаж; 14. Лечебная физкультура

Дата: 24.11.2025. Подпись: Тестовый Тест Тестович/ _____ √ /
Медицинский работник ООО "МедЛаб С": / _____

Настоящим я, **Тестовый Тест Тестович**, 01.01.2025 г.р., паспорт 1111 000000, выдан ОТДЕЛ УФМС РОССИИ ПО ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВЕТСКОМ РАЙОНЕ ГОР. ТАМБОВА, дата выдачи 01.01.2001, код подразделения 680-001, зарегистрирован (а): Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1, подтверждаю, что перед заключением с ООО "МедЛаб С" договора о предоставлении платных медицинских услуг, в котором ООО "МедЛаб С" выступает Исполнителем, а я Потребителем, я в доступной и понятной форме **уведомлен (а)**

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в медицинских организациях/учреждениях, работающих по указанным программам. ООО "МедЛаб С" участником указанных программ **не является**, услуги в рамках указанных программ **не оказывает**.

- о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, непосредственно предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, в том числе определенного на период временной нетрудоспособности Потребителя, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

Подпись _____ √ **Тестовый Тест Тестович**

Договор № 373567/1 о предоставлении платных медицинских услуг

Г.Тамбов

24.11.2025

Общество с ограниченной ответственностью **ООО "МедЛаб С"** ОГРН 1186820010134

ИНН 6829145344 в лице администратора Ивановой Елены Викторовны действующего на основании доверенности №4 от 24.10.2023 г., действующей 3 года, выполняет работы (услуги) согласно лицензии Л041-01196-68/00357574 от 02.11.2020, действующей бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Тамбовской области, расположенным по адресу: 392000, г.Тамбов, ул.Советская, 106/5, оф.сайт zdrav.tmbreg.ru, телефон: (475)279-25-12, E-mail: info.ch@medlabс.ru, При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); гастроэнтерологии; гематологии; дерматовенерологии; кардиологии; колопроктологии; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ревматологии; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике; эндокринологии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым). по адресу: 392019, г.Тамбов, ул. Чичерина, д.19, пом 68;

именуемое в дальнейшем - «Исполнитель», с одной стороны,

гражданин(-ка) **Тестовый Тест Тестович**, 01.01.2025 г.р., паспорт 1111 000000 выдан ОТДЕЛ УФМС РОССИИ ПО ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВЕТСКОМ РАЙОНЕ ГОР. ТАМБОВА 01.01.2001 г., код подразделения 680-001, зарегистрирован(а) по адресу: Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1, СНИЛС именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны,

гражданин(-ка) **Тестовая Тест Тестовна**, 01.01.2001г.р., паспорт 1111 000000, выдан ОТДЕЛ УФМС РОССИИ ПО ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВЕТСКОМ РАЙОНЕ ГОР. ТАМБОВА 01.01.2001 код подразделения 680-001, зарегистрирован(а) по адресу: Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с третьей стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель оказывает Потребителю платные медицинские услуги, перечень, стоимость и срок предоставления которых указаны в согласованной Сторонами смете, составленной согласно действующему прейскуранту Исполнителя, а Потребитель принимает оказанные услуги, а Заказчик оплачивает оказываемые услуги в порядке, установленном настоящим договором. При изменении условий договора Стороны подписывают дополнительное соглашение (смету).

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Обеспечить оказание медицинских услуг Потребителю по настоящему договору, при условии предварительной записи.

2.1.2. Обеспечить оказание качественных медицинских услуг Потребителю в соответствии с клиническими рекомендациями, стандартами, порядками и иными нормативными документами, действующими в системе здравоохранения с учетом объективного состояния здоровья Потребителя на момент оказания услуги.

2.1.3. В случае возникновения обстоятельств, препятствующих выполнению условий настоящего договора немедленно известить об этом Потребителя.

2.1.4. В доступной для Потребителя форме информировать его:

- о состоянии здоровья, результатах обследования, диагнозе и методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения Потребителя о предстоящих основных или дополнительных диагностических, лечебно-профилактических процедурах и их стоимости.

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.5. Предупредить Потребителя и Заказчика в случае, если требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором или сметой, либо оказание медицинских услуг в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

При достижении с Потребителем и Заказчиком соглашения об оказании услуг, указанных в абз.1 настоящего пункта, заключить дополнительное соглашение к настоящему договору. В качестве такого соглашения признается в том числе подписанная Сторонами дополнительная смета.

2.1.6. Вести медицинскую документацию установленного образца.

2.1.7. Гарантировать Потребителю защиту конфиденциальной информации (врачебная тайна).

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. При наличии медицинских показаний с согласия Потребителя и Заказчика направить Потребителя на дополнительные диагностические обследования и консультации врачей-специалистов.

2.2.2. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий, и/или риске нанесения ими вреда здоровью, уведомить об этом Потребителя и согласовать в дополнительном соглашении проведение возможных по медицинским показаниям медицинских услуг, либо отказать ему в оказании соответствующих услуг.

2.2.3. Изменить сроки оказания медицинской услуги по согласованию с Потребителем при наличии объективных причин: болезнь/отсутствие по уважительным причинам врача при условии невозможности обеспечить замену, техническая неисправность оборудования, задержка Заказчиком оплаты медицинской услуги. Об изменении сроков оказания медицинских услуг стороны подписывают дополнительное соглашение.

2.2.4. Отказаться от исполнения настоящего договора в одностороннем порядке в случае невозможности оказать Потребителю платные медицинские услуги надлежащего качества в следствие:

2.2.4.1. неисполнения Потребителем назначений лечащего врача;

2.2.4.2. нарушении Потребителем Правил внутреннего распорядка для пациентов Исполнителя (правила поведения и режим работы Исполнителя), в том числе, но не исключительно: опоздания на прием более чем на 15 минут; нахождения в момент приема в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения, не позволяющих получить от Потребителя объективную информацию о состоянии его здоровья, причинах обращения, провести осмотр и обследование Потребителя; агрессивного, иного асоциального поведения, не позволяющего получить от Потребителя объективную информацию о состоянии его здоровья, причинах обращения, провести осмотр и обследование Потребителя;

2.2.4.3. отсутствия у Исполнителя лицензии на оказание услуг, предоставление которых необходимо Потребителю, а так же отсутствие врача соответствующего направления, отсутствие/неисправное состояние необходимо для оказания данных услуг оборудования.

2.2.4.4. отказа Потребителя (законного представителя потребителя) от предоставления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в порядке, установленном законодательством РФ.

2.2.5. Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими организациями и специалистами.

2.3. Потребитель обязан:

2.3.1. Дать информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства.

2.3.2. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности (ч.3ст 27 ФЗ РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Точно выполнять назначения (рекомендации) Исполнителя по лечению, в том числе соблюдать указания Исполнителя, предписанные на период после оказания услуг.

2.3.3. Соблюдать правила подготовки к диагностическим манипуляциям (анализам, инструментальным исследованиям), доведенные до него работниками Исполнителя.

2.3.4. Сообщить медицинскому работнику до оказания медицинских услуг достоверные сведения о состоянии здоровья Потребителя, в том числе о перенесенных заболеваниях, наличии хронических заболеваний, непереносимости лекарственных препаратов, известных аллергических реакциях и противопоказаниях; иные сведения, которые могут повлиять на ход оказания медицинской услуги; информировать о любых изменениях самочувствия при прохождении курса лечения, известных аллергических реакциях и противопоказаниях.

2.3.5. Соблюдать Правила внутреннего распорядка для пациентов Исполнителя (правила поведения и режим работы Исполнителя) (ч.3 ст. 27 ФЗ РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Подписывая настоящий договор, Потребитель подтверждает, что проинформирован о том, что Правила внутреннего распорядка для Пациентов размещены на информационном стенде и сайте Исполнителя, что

обеспечивает к ним доступ; что ознакомлен с указанными Правилами, они разъяснены ему сотрудниками Исполнителя и понятны.

Дополнительно Потребителю пояснена необходимость, при обращении за услугами Исполнителя, пользоваться предварительной записью, приходить для получения услуги заранее (10-15 минут) для оформления необходимой документации, а также пояснено, что опоздание на прием более чем на 15 минут препятствует оказанию платной медицинской услуги надлежащего качества, что может нанести вред здоровью Потребителя, ввиду чего в оказании услуги может быть отказано.

2.3.6. Соблюдать режим работы Исполнителя, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

2.3.7. После оказания услуг подписать Акт выполненных работ (оказанных услуг), указав замечания при наличии, и вернуть Исполнителю подписанный экземпляр. В случае отказа от подписания Акта направить Исполнителю письменное аргументированное возражение в течение тридцати дней.

В случае неподписания акта и отсутствия аргументированных письменных возражений, указанных в абз. 1 настоящего пункта, выполненные работы (оказанные услуги) считаются принятыми.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать медицинские услуги надлежащего качества, в объеме и в сроки, согласованные в настоящем договоре;

2.4.2. Получать заключения с указанием результатов исследований, лечебно-диагностических мероприятий и необходимых рекомендаций и иную информацию об оказываемой медицинской помощи, оформленные в соответствии с требованиями действующего законодательства.

2.4.3. В любое время отказаться от исполнения договора при условии обеспечения оплаты Заказчиком Исполнителю фактически понесенных им расходов.

2.4.4. Направлять обращения (жалобы, претензии, требования), связанные с оказанием медицинских услуг по настоящему договору, в письменном виде по адресу: 392019, г.Тамбов, ул. Чичерина, д.19, пом 68

2.5. Заказчик обязан:

2.5.1. Оплатить предоставленные медицинские услуги на условиях, указанных в настоящем договоре. Факт оплаты оказанных услуг свидетельствует об отсутствии у Заказчика претензий к номенклатуре и объему оказанных услуг.

2.5.2. при отказе Потребителя от исполнения договора оплатить Исполнителю фактически понесенные им расходы.

3. ЦЕНА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ

3.1. При определении стоимости медицинских услуг Стороны руководствуются действующим на дату обращения Потребителя за оказанием услуг Прейскурантом Исполнителя.

3.2. Оплата услуг по договору осуществляется Заказчиком наличными денежными средствами, с использованием платежных банковских карт, оплатой с помощью системы быстрых платежей по выбору Заказчика. По согласованию сторон оплата за медицинскую услугу может осуществляться Заказчиком предварительно до получения услуги у Исполнителя. Оплата производится не позднее дня, когда была оказана медицинская услуга

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало: несоблюдение Потребителем рекомендаций (указаний) специалистов Исполнителя; предоставление Потребителем неполной и (или) недостоверной информации, предусмотренной п. 2.3.4. настоящего договора, в так же неисполнение Потребителем обязанностей, предусмотренных п.п. 2.3.2., 2.3.3. настоящего договора

4.3. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимой силы).

4.4. Потребитель проинформирован о том, что его неявка без уважительной причины на осмотр, назначенный лечащим врачом, или осмотр, назначенный врачебной комиссией на основании обращения Потребителя, для оценки результатов лечения, освобождает Исполнителя от ответственности за нарушение сроков рассмотрения обращений Потребителя, обусловленных такой неявкой.

4.5. Меры ответственности Сторон применяются в соответствии с нормами действующего законодательства РФ.

5. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ

5.1. Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, является собственностью Исполнителя и не может быть изъята Потребителем самовольно.

5.2. Медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратов и медицинских изделиях, выдаются Исполнителем Потребителю в соответствии с

Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020 г. N 789н и п.п. 4 и 5 ст.22, п.3 ст.78 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

5.3. Медицинские документы (копии, выписки) выдаются на основании письменного запроса Потребителя, поданного нарочным, направленного почтой, либо в виде электронного документа, подписанного ЭЦП.

5.4. На материальном носителе (бумажном) копии документов, справки, выписки, заключения предоставляются без взимания дополнительной платы однократно (Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020 г. N 789н).

5.5. Запись указанных документов на электронные носители, предоставленные Потребителем, не допускаются.

5.6. В случае повторного запроса предоставленных ранее копий медицинских документов на бумажном носителе Исполнитель вправе брать плату за оказание услуг по копированию/изготовлению документов в размере за 1 лист бумаги 20 руб.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует неопределённый срок.

6.2. Настоящий договор может быть изменён путём подписания Сторонами дополнительного соглашения или сметы; расторгнут путём подписания Сторонами соглашения о расторжении, а также в случаях, предусмотренных договором или действующим законодательством.

6.3. Настоящий договор составлен в трёх экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

7. Реквизиты и подписи сторон:

Исполнитель:

ООО "МедЛаб С"

Юр. адрес: РФ 392019 г. Тамбов, ул. Чичерина, д. 19/1, пом. 68, <https://medlabс.ru> Факт. адрес: 392019, г. Тамбов, ул. Чичерина, д. 19, пом. 68 ИНН 6829145344, КПП 682901001, ОКПО 34163044, ОГРН 1186820010134, ОКВЭД 86.21

Р/с 407-02-810-5-6100-0006357 Тамбовское Отделение №8594 ПАО СБ г. Тамбов К/с 301-01-810-8-0000-0000649*

БИК 046850649 Тел.: (475)249-42-42 e-mail: info.ch@medlabс.ru сайт агрегатор: www.medlab-clinic.ru

Администратор: Иванова Елена Викторовна

/  /

М.П.

Потребитель:

Тестовый Тест Тестович 01.01.2025 г.р., Паспорт РФ 1111 000000 выдан: ОТДЕЛ УФМС РОССИИ ПО ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВЕТСКОМ РАЙОНЕ ГОР. ТАМБОВА, дата выдачи: 01.01.2001, код подразделения: 680-001 зарегистрирован Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д. 1, кв. 1 почтовый адрес для корреспонденции: Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д. 1, кв. 1 Телефон: (000)000-00-00 E-mail:

Тестовый Тест Тестович

/ _____ √ /

Заказчик:

Тестовая Тест Тестовна 01.01.2001 г.р., паспорт 1111 000000 выдан ОТДЕЛ УФМС РОССИИ ПО ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВЕТСКОМ РАЙОНЕ ГОР. ТАМБОВА 01.01.2001 код подразделения: 680-001 зарегистрирован Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д. 1, кв. 1 почтовый адрес для корреспонденции: Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д. 1, кв. 1 Телефон: (000)000-00-00, E-mail:

Тестовая Тест Тестовна

/ _____ √ /

Согласие на обработку персональных данных

Я, Тестовая Тест Тестовна, 01.01.2001 г.р., паспорт 1111 000000, выдан ОТДЕЛ УФМС РОССИИ ПО ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВЕТСКОМ РАЙОНЕ ГОР. ТАМБОВА, 01.01.2001, код подразделения 680-001, зарегистрирован (а): Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1, выступающий в качестве Заказчика по договору о предоставлении платных медицинских услуг 373567/1 от 24.11.2025 (*далее Договор), настоящим даю свое согласие на обработку ООО "МедЛаб С" ОГРН 1186820010134 ИНН 6829145344, юр. адрес: РФ 392019 г. Тамбов, ул. Чичерина, д. 19/1, пом. 68, <https://medlabс.ru> (далее – Оператор) моих персональных данных (*далее Персональные данные), к которым относятся: фамилия, имя, отчество; год рождения; месяц рождения; дата рождения; место рождения; семейное положение; пол; адрес электронной почты; адрес места жительства; адрес регистрации; номер телефона; ИНН; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; в целях выполнения обязательств, вытекающих из Договора: обеспечения оперативного и качественного оказания медицинских услуг и выполнения требований действующего законодательства. Настоящее согласие предоставляется на осуществление действий Оператора в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор; запись; систематизация; накопление; хранение; уточнение (обновление, изменение); извлечение; использование; передача (предоставление, доступ); удаление; обезличивание, уничтожение.

Оператор гарантирует, что обработка моих персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ юридическим лицом, осуществляющим медицинскую деятельность на основании лицензии Л041-01196-68/00357574 от 02.11.2020, действующей бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Тамбовской области, с сохранением врачебной тайны. Я проинформирован, что Оператор будет обрабатывать мои персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Данное Согласие дано сроком на 10 (десять) срок. Я оставляю за собой право в любой момент отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку. Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую своей волей, в своих интересах.

Дата: 24.11.2025г.

Подпись: ✓ _____ (Тестовая Тест Тестовна)

Согласие на обработку персональных данных

Я, **Тестовый Тест Тестович**, 01.01.2025, паспорт 1111 000000, выдан ОТДЕЛ УФМС РОССИИ ПО ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВЕТСКОМ РАЙОНЕ ГОР. ТАМБОВА, дата выдачи 01.01.2001, код подразделения 680-001, зарегистрирован (а): Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1, настоящим даю свое согласие на обработку ООО "МедЛаб С" ОГРН 1186820010134 ИНН 6829145344, юр. адрес: РФ 392019 г. Тамбов, ул. Чичерина, д. 19/1, пом. 68, <https://medlabс.ru> (далее – Оператор) моих персональных данных (*далее Персональные данные), к которым относятся: фамилия, имя, отчество; год рождения; месяц рождения; дата рождения; семейное положение; пол; адрес электронной почты; адрес места жительства; адрес регистрации; номер телефона; СНИЛС; ИНН; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; данные документа, содержащиеся в свидетельстве о рождении; реквизиты полиса ДМС; сведения о состоянии здоровья (факт обращения за оказанием медицинской помощи; анамнез; диагноз; сведения об организации, оказавшей медицинские услуги; вид оказанной медицинской услуги; объем оказанной медицинской помощи; результат обращения за медицинской помощью; результат выполненных медицинских исследований (анализов); серия и номер выданного листка нетрудоспособности; сведения о заболеваниях (состояниях), сведения о назначенных лекарственных препаратах с указанием средств идентификации лекарственных препаратов; документах, формируемых при направлении пациентов в иные лечебные учреждения) *в целях выполнения обязательств, вытекающих из договора о предоставлении платных медицинских услуг 373567/1 от 24.11.2025 (*далее Договор): медико-профилактических целях, целях установления медицинского диагноза, обеспечения оперативного и качественного оказания медицинских услуг и выполнения требований действующего законодательства.* Настоящее согласие предоставляется на осуществление действий Оператора в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор; запись; систематизация; накопление; хранение; уточнение (обновление, изменение); извлечение; использование; передача (предоставление, доступ); удаление; обезличивание, уничтожение, а равно на осуществление указанных действий для достижения указанных выше целей при необходимости третьими лицами: соисполнителями по Договору: ООО «ДиаЛаб Плюс» (ИНН 7728621567, 117513, г. Москва, ул. Островитянова, д.8), ООО «НПФ «ХЕЛИКС» (ИНН 7802122535, 194044, г. Санкт-Петербург, Б. Сампсониевский пр., д. 20, лит. А), ТОГБУЗ «Тамбовский областной онкологический клинический диспансер» (ИНН 6832006615, 392000, г. Тамбов, ул. Московская, д. 29В), а так же организациями, оказывающими платные медицинские услуги в рамках франшизы «МЕДЛАБ» в случае принятия мной решения об обращении в данные организации: ООО «МЕДЛАБ» (ИНН 6829098214, ОГРН 114682900092, г. Тамбов, ул. Северо-Западная, д. 5А), ООО «МедЛаб Плюс» (ИНН 6829142512, 392000 г. Тамбов, ул. Советская, д. 81А, пом. №63, ком. №11-12), ООО «МедЛаб С» (ИНН 6829145344, 392019, г. Тамбов, ул. Чичерина, д.19/1 пом.68), ООО «МЦ МедЛаб» (ИНН 6829155790, 392019, г. Тамбов, ул. Победы, д. 7).

Настоящим так же выражаю своё согласие на передачу моих Персональных данных в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (*далее ЕГИСЗ) в целях исполнения требований действующего законодательства РФ: да/нет _____ V/ _____ /

Оператор гарантирует, что обработка моих персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ юридическим лицом, осуществляющим медицинскую деятельность на основании лицензии Л041-01196-68/00357574 от 02.11.2020, действующей бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Тамбовской области, с сохранением врачебной тайны. Я проинформирован, что Оператор будет обрабатывать мои персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Даю свое согласие на передачу мне Оператором результатов проведённых по Договору исследований по электронной почте: , через сервис «Результаты анализов», размещённый в сети Интернет на сайте www.medlab-clinic.ru: да/нет _____ V/ _____ /

Данное Согласие дано сроком на 10 (десять) лет. Я оставляю за собой право в любой момент отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку. Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую своей волей, в своих интересах.

Дата: 24.11.2025г.

Подпись: √ _____ (Тестовый Тест Тестович)

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, Тестовый Тест Тестович, 01.01.2025 г.р., зарегистрированный(ая) по адресу: Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1, проживающий по адресу: Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1 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 РФ от 23.04.2012 №390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО "МедЛаб С":

Медицинским работником _____ (должность, ФИО.) 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 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти _____ (ФИО, тел.)

Я предупрежден(а) о возможных побочных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и связанных с ними риском, включая не зависящие от соблюдения применяемой технологии (т.е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью). В случае применения лекарственных препаратов, приобретенных за счет собственных средств, я несу ответственность за соблюдение условий хранения и транспортировки лекарственных препаратов в соответствии с инструкцией. Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения меня удовлетворяют, что подтверждаю своей подписью.

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

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; 3. Антропометрические исследования; 4. Термометрия; 5. Тонометрия; 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; 8. Исследование функции нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); 9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография; 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; 13. Медицинский массаж; 14. Лечебная физкультура

Дата: 24.11.2025. Подпись: Тестовый Тест Тестович/ _____ √ /
Медицинский работник ООО "МедЛаб С": / _____

Настоящим я, **Тестовая Тест Тестовна**, 01.01.2001г.р., паспорт 1111 000000, выдан ОТДЕЛ УФМС РОССИИ ПО ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВЕТСКОМ РАЙОНЕ ГОР. ТАМБОВА, дата выдачи 01.01.2001, код подразделения 680-001, зарегистрирован (а): Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1, подтверждаю, что перед заключением с ООО "МедЛаб С" договора о предоставлении платных медицинских услуг, в котором ООО "МедЛаб С" выступает Исполнителем, а я Законным представителем Потребителя, я в доступной и понятной форме уведомлен(а)

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в медицинских организациях/учреждениях, работающих по указанным программам. ООО "МедЛаб С" участником указанных программ **не является**, услуги в рамках указанных программ **не оказывает**.

- о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, непосредственно предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, в том числе определенного на период временной нетрудоспособности Потребителя, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

Подпись _____ / Тестовая Тест Тестовна

Договор № 373567/1 о предоставлении платных медицинских услуг

г. Тамбов

24.11.2025

Общество с ограниченной ответственностью **ООО "МедЛаб С"**, ОГРН 1186820010134, ИНН 6829145344 в лице администратора Ивановой Елены Викторовны действующего на основании доверенности №4 от 24.10.2023 г., действующей 3 года, выполняющей по адресу: 392019, г. Тамбов, ул. Чичерина, д.19, пом 68 согласно лицензии Л041-01196-68/00357574 от 02.11.2020, действующей бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Тамбовской области, расположенным по адресу: 392000, г. Тамбов, ул. Советская, 106/5, оф. сайт zdrav.tmbreg.ru, телефон: (475)279-25-12, e-mail: post@zdrav.tambov.gov.ru, работы (услуги): При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) и искусственного прерывания беременности); гастроэнтерологии; гематологии; дерматовенерологии; кардиологии; колопроктологии; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ревматологии; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике; эндокринологии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым),

именуемое в дальнейшем - «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(-ка) **Тестовый Тест Тестович**, 01.01.2025.г.р., Паспорт РФ, 1111 000000 выдан ОТДЕЛ УФМС РОССИИ ПО ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВЕТСКОМ РАЙОНЕ ГОР. ТАМБОВА 01.01.2001г., код подразделения 680-001, зарегистрирован(а) по адресу: Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1, СНИЛС именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», в лице **Тестовой Тест Тестовны**, 01.01.2001 г.р., паспорт 1111 000000, выдан ОТДЕЛ УФМС РОССИИ ПО ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВЕТСКОМ РАЙОНЕ ГОР. ТАМБОВА, 01.01.2001, код подразделения 680-001, зарегистрирован(а) по адресу: Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1, именуемого в дальнейшем «Законный представитель Потребителя», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель оказывает Потребителю платные медицинские услуги, перечень, стоимость и срок предоставления которых указаны в согласованной Сторонами смете, составленной согласно действующему прейскуранту Исполнителя, а Законный представитель Потребителя оплачивает оказываемые услуги в порядке, установленном настоящим договором. При изменении условий договора Стороны подписывают дополнительное соглашение (смету).

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Обеспечить оказание медицинских услуг Потребителю по настоящему договору, при условии предварительной записи.

2.1.2. Обеспечить оказание качественных медицинских услуг Потребителю в соответствии с клиническими рекомендациями, стандартами, порядками и иными нормативными документами, действующими в системе здравоохранения с учетом объективного состояния здоровья Потребителя на момент оказания услуги.

2.1.3. В случае возникновения обстоятельств, препятствующих выполнению условий настоящего договора немедленно известить об этом Законного представителя Потребителя.

2.1.4. В доступной для Законного представителя Потребителя форме информировать его:

- о состоянии здоровья, результатах обследования, диагнозе и методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения Потребителя, о предстоящих основных или дополнительных диагностических, лечебно-профилактических процедурах и их стоимости.

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.5. Предупредить Законного представителя Потребителя в случае, если требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором или сметой, либо оказание медицинских услуг в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

При достижении с Законным представителем Потребителя соглашения об оказании услуг, указанных в абз.1 настоящего пункта, заключить дополнительное соглашение к настоящему договору. В качестве такого соглашения признается в том числе подписанная Сторонами дополнительная смета.

2.1.6. Вести медицинскую документацию установленного образца.

2.1.7. Гарантировать Законному представителю Потребителя защиту конфиденциальной информации (врачебная тайна).

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. При наличии медицинских показаний с согласия Законного представителя Потребителя направить Потребителя на дополнительные диагностические обследования и консультации врачей-специалистов.

2.2.2. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий, и/или риске нанесения ими вреда здоровью, уведомить об этом Законного представителя Потребителя и согласовать в дополнительном соглашении

проведение возможных по медицинским показаниям медицинских услуг, либо отказать Потребителю в оказании соответствующих услуг.

2.2.3. Изменить сроки оказания медицинской услуги по согласованию с Законным представителем Потребителя при наличии объективных причин: болезнь/отсутствие по уважительным причинам врача при условии невозможности обеспечить замену, техническая неисправность оборудования, задержка Законным представителем Потребителя оплаты медицинской услуги. Об изменении сроков оказания медицинских услуг стороны подписывают дополнительное соглашение.

2.2.4. Отказаться от исполнения настоящего договора в одностороннем порядке в случае невозможности оказать Потребителю платные медицинские услуги надлежащего качества в следствие:

2.2.4.1. необеспечения Законным представителем Потребителя исполнения Потребителем назначений лечащего врача;

2.2.4.2. нарушении Потребителем/Законным представителем Потребителя Правил внутреннего распорядка для пациентов Исполнителя (правила поведения и режим работы Исполнителя), в том числе, но не исключительно: опоздания на прием более чем на 15 минут; нахождения в момент приема в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения, не позволяющих получить от Потребителя/Законного представителя Потребителя объективную информацию о состоянии здоровья Потребителя, причинах обращения, провести осмотр и обследование Потребителя; агрессивного, иного асоциального поведения, не позволяющего получить от Потребителя/Законного представителя Потребителя объективную информацию о состоянии здоровья Потребителя, причинах обращения, провести осмотр и обследование Потребителя;

2.2.4.3. отсутствия у Исполнителя лицензии на оказание услуг, предоставление которых необходимо Потребителю, а также отсутствие врача соответствующего направления, отсутствие/неисправное состояние необходимо для оказания данных услуг оборудования.

2.2.4.4. отказа Потребителя/Законного представителя потребителя от предоставления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в порядке, установленном законодательством РФ.

2.2.5. Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими организациями и специалистами.

2.3. Законный представитель Потребителя обязан:

2.3.1. Дать информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства; при достижении Потребителем возраста 15 (пятнадцати) лет обеспечить дачу Потребителем информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

2.3.2. Обеспечить соблюдение Потребителем режима лечения, в том числе определенного на период временной нетрудоспособности (ч.3ст 27 ФЗ РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), точное выполнение Потребителем назначений (рекомендаций) Исполнителя по лечению, в том числе указаний Исполнителя, предписанных на период после оказания услуг.

2.3.3. Обеспечить соблюдение Потребителем правил подготовки к диагностическим манипуляциям (анализам, инструментальным исследованиям), доведенных до него работниками Исполнителя.

2.3.4. Сообщить медицинскому работнику до оказания медицинских услуг достоверные сведения о состоянии здоровья Потребителя, в том числе о перенесенных заболеваниях, наличии хронических заболеваний, непереносимости лекарственных препаратов, известных аллергических реакциях и противопоказаниях; иные сведения, которые могут повлиять на ход оказания медицинской услуги и требующиеся для обеспечения своевременного и качественного оказания услуги; информировать о любых изменениях самочувствия Потребителя при прохождении курса лечения, известных аллергических реакциях и противопоказаниях.

2.3.5. Соблюдать Правила внутреннего распорядка для пациентов Исполнителя (правила поведения и режим работы Исполнителя) (ч.3 ст. 27 ФЗ РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») и обеспечить их соблюдение Потребителем.

Подписывая настоящий договор, Законный представитель Потребителя подтверждает, что проинформирован о том, что Правила внутреннего распорядка для Пациентов размещены на информационном стенде и сайте Исполнителя, что обеспечивает к ним доступ; что ознакомлен с указанными Правилами, они разъяснены ему сотрудниками Исполнителя и понятны.

Дополнительно Законному представителю Потребителя пояснена необходимость, при обращении за услугами Исполнителя, пользоваться предварительной записью, приходить для получения услуги заранее (10-15 минут) для оформления необходимой документации, а также пояснено, что опоздание на прием более чем на 15 минут препятствует оказанию платной медицинской услуги надлежащего качества, что может нанести вред здоровью Потребителя, ввиду чего в оказании услуги может быть отказано.

2.3.6. Соблюдать режим работы Исполнителя, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

2.3.7. После оказания услуг подписать Акт выполненных работ (оказанных услуг), указав замечания при наличии, и вернуть Исполнителю подписанный экземпляр. В случае отказа от подписания Акта направить Исполнителю письменное аргументированное возражение в течение тридцати дней.

В случае неподписания акта и отсутствия аргументированных письменных возражений, указанных в абз. 1 настоящего пункта, выполненные работы (оказанные услуги) считаются принятыми

2.3.8. Оплатить предоставленные медицинские услуги на условиях, указанных в настоящем договоре. Факт оплаты оказанных услуг свидетельствует об отсутствии у Законного представителя Потребителя претензий к номенклатуре и объёму оказанных услуг.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать медицинские услуги надлежащего качества, в объёме и в сроки, согласованные в настоящем договоре.

2.5. Законный представитель Потребителя имеет право:

2.5.1. Получать заключения с указанием результатов исследований, лечебно-диагностических мероприятий и необходимых рекомендаций и иную информацию об оказываемой медицинской помощи, оформленные в соответствии с требованиями действующего законодательства.

2.5.2. В любое время отказаться от исполнения договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесённых им расходов.

2.5.3. Направлять обращения (жалобы, претензии, требования), связанные с оказанием медицинских услуг по настоящему договору, в письменном виде по адресу: 392019, г.Тамбов, ул. Чичерина, д.19, пом 68

3. ЦЕНА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ

3.1. При определении стоимости медицинских услуг Стороны руководствуются действующим на дату обращения Законного представителя Потребителя за оказанием услуг Прейскурантом Исполнителя.

3.2. Оплата услуг по договору осуществляется наличными денежными средствами, с использованием платежных банковских карт, оплатой с помощью системы быстрых платежей по выбору Законного представителя Потребителя. По согласованию сторон оплата за медицинскую услугу может осуществляться Законным представителем Потребителя предварительно до получения услуги у Исполнителя. Оплата производится не позднее дня, когда была оказана медицинская услуга

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. Исполнитель не несёт ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало: необеспечение Законным представителем Потребителя соблюдения Потребителем рекомендаций (указаний)

специалистов Исполнителя; предоставление Законным представителем Потребителя неполной и (или) недостоверной информации, предусмотренной п. 2.3.4. настоящего договора, а также неисполнение им обязанностей, предусмотренных п.п. 2.3.2., 2.3.3. настоящего договора

4.3. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимой силы).

4.4. Законный представитель Потребителя проинформирован о том, что необеспечение явки Потребителя без уважительной причины на осмотр, назначенный лечащим врачом, или осмотр, назначенный врачебной комиссией на основании обращения Законного представителя Потребителя, для оценки результатов лечения, освобождает Исполнителя от ответственности за нарушение сроков рассмотрения обращений Законного представителя Потребителя, обусловленных такой неявкой.

4.5. Меры ответственности Сторон применяются в соответствии с нормами действующего законодательства РФ.

5. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ

5.1. Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, является собственностью Исполнителя и не может быть изъята Законным представителем Потребителя самовольно.

5.2. Медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратов и медицинских изделиях, выдаются Исполнителем Законному представителю Потребителя в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020 г. N 789н и п.п. 4 и 5 ст.22, п.3 ст.78 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

5.3. Медицинские документы (копии, выписки) выдаются на основании письменного запроса Законного представителя Потребителя, поданного нарочным, направленного почтой, либо в виде электронного документа, подписанного ЭЦП.

5.4. На материальном носителе (бумажном) копии документов, справки, выписки, заключения предоставляются без взимания дополнительной платы однократно (Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020 г. N 789н).

5.5. Запись указанных документов на электронные носители, предоставленные Потребителем, не допускаются.

5.6. В случае повторного запроса предоставленных ранее копий медицинских документов на бумажном носителе Исполнитель вправе брать плату за оказание услуг по копированию/изготовлению документов в размере за 1 лист бумаги 20 руб.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует неопределенный срок.

6.2. Настоящий договор может быть изменен путем подписания Сторонами дополнительного соглашения или сметы; расторгнут путем подписания Сторонами соглашения о расторжении, а также в случаях, предусмотренных договором или действующим законодательством.

6.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

7. Реквизиты и подписи сторон:

Исполнитель:

ООО "МедЛаб С"

Юр. адрес: РФ 392019 г. Тамбов, ул. Чичерина, д. 19/1, пом. 68,
<https://medlab.ru>

Факт. адрес: 392019, г. Тамбов, ул. Чичерина, д.19, пом 68

ИНН 6829145344, КПП 682901001.

ОКПО 34163044, ОГРН 1186820010134, ОКВЭД 86.21

Р/с 407-02-810-5-6100-0006357

Тамбовское Отделение №8594 ПАО СБ г. Тамбов

К/с 301-01-810-8-0000-0000649

БИК 046850649

Тел.: (475)244-00-00

e-mail: info.ch@medlab.ru

сайт arperator: www.medlab-clinic.ru

Администратор: Иванова Елена Викторовна

Иванова /

М.П.

Законный представитель Потребителя:

Тестовая Тест Тестовна

01.01.2001г.р.,

Паспорт : 1111 000000

выдан: ОТДЕЛ УФМС РОССИИ ПО ТАМБОВСКОЙ
ОБЛАСТИ В СОВЕТСКОМ РАЙОНЕ ГОР. ТАМБОВА

дата выдачи: 01.01.2001

код подразделения: 680-001

зарегистрирован Тамбовская область, городской округ
Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1

почтовый адрес для корреспонденции:

Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов,

Тестовая, д.1, кв.1

Телефон: (000)000-00-00

E-mail:

Тестовая Тест Тестовна

/ ✓ /



Согласие на обработку персональных данных

Я, **Тестовая Тест Тестовна**, 01.01.2001г.р., паспорт 1111 000000, выдан ОТДЕЛ УФМС РОССИИ ПО ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВЕТСКОМ РАЙОНЕ ГОР. ТАМБОВА, 01.01.2001, код подразделения 680-001, зарегистрирован (а): Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1, выступающий в качестве Законного представителя Потребителя **Тестового Теста Тестовича**, 01.01.2025г.р., Паспорт РФ серии 1111 № 000000, выдан ОТДЕЛ УФМС РОССИИ ПО ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВЕТСКОМ РАЙОНЕ ГОР. ТАМБОВА, 01.01.2001, код подразделения 680-001, зарегистрирован (а): Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1, по договору о предоставлении платных медицинских услуг № 373567/1 от 24.11.2025 (*далее Договор), настоящим даю свое согласие на обработку ООО «МедЛаб С» ОГРН 1186820010134 ИНН 6829145344, юр. адрес: РФ 392019 г. Тамбов, ул. Чичерина, д. 19/1, пом. 68, <https://medlabс.ru> (далее – Оператор) моих персональных данных (*далее Персональные данные), к которым относятся: фамилия, имя, отчество; год рождения; месяц рождения; дата рождения; семейное положение; пол; адрес электронной почты; адрес места жительства; адрес регистрации; номер телефона; ИНН; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; данные документа, содержащиеся в свидетельстве о рождении; и персональных данных Потребителя, к которым относятся: фамилия, имя, отчество; год рождения; месяц рождения; дата рождения; семейное положение; пол; адрес электронной почты; адрес места жительства; адрес регистрации; номер телефона; СНИЛС; ИНН; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; данные документа, содержащиеся в свидетельстве о рождении; реквизиты полиса ДМС; сведения о состоянии здоровья (факт обращения за оказанием медицинской помощи; анамнез; диагноз; сведения об организации, оказавшей медицинские услуги; вид оказанной медицинской услуги; объем оказанной медицинской помощи; результат обращения за медицинской помощью; результат выполненных медицинских исследований (анализов); серия и номер выданного листка нетрудоспособности; сведения о заболеваниях (состояниях), сведения о назначенных лекарственных препаратах с указанием средств идентификации лекарственных препаратов; документах, формируемых при направлении пациентов в иные лечебные учреждения) *в целях выполнения обязательств, вытекающих из Договора: медико-профилактических целях, целях установления медицинского диагноза, обеспечения оперативного и качественного оказания медицинских услуг и выполнения требований действующего законодательства.* Настоящее согласие предоставляется на осуществление действий Оператора в отношении моих и Потребителя персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор; запись; систематизация; накопление; хранение; уточнение (обновление, изменение); извлечение; использование; передача (предоставление, доступ); удаление; обезличивание, уничтожение, а равно на осуществление указанных действий для достижения указанных выше целей при необходимости третьими лицами: соисполнителями по Договору: ООО «ДиаЛаб Плюс» (ИНН 7728621567, 117513, г. Москва, ул. Островитянова, д.8), ООО «НПФ «ХЕЛИКС» (ИНН 7802122535, 194044, г. Санкт-Петербург, Б. Сампсониевский пр., д. 20, лит. А), ТОГБУЗ «Тамбовский областной онкологический клинический диспансер» (ИНН 6832006615, 392000, г. Тамбов, ул. Московская, д. 29В), а так же организациями, оказывающими платные медицинские услуги в рамках франшизы «МЕДЛАБ» в случае принятия мной решения об обращении в данные организации в качестве Законного представителя Потребителя: ООО «МЕДЛАБ» (ИНН 6829098214, ОГРН 114682900092, г.Тамбов, ул. Северо-Западная, д. 5А), ООО «МедЛаб Плюс» (ИНН 6829142512, 392000 г. Тамбов, ул. Советская, д. 81А, пом.№63, ком.№11-12), ООО «МедЛаб С» (ИНН 6829145344, 392019, г. Тамбов, ул. Чичерина, д.19/1 пом.68), ООО «МЦ МедЛаб» (ИНН 6829155790, 392019, г. Тамбов, ул. Победы, д. 7).

Настоящим так же выражаю своё согласие на передачу Персональных данных Потребителя в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (*далее ЕГИСЗ) в целях исполнения требований действующего законодательства РФ: да/нет ☐ / ☐

Оператор гарантирует, что обработка моих и Потребителя персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ юридическим лицом, осуществляющим медицинскую деятельность на основании лицензии ЛО41-01196-68/00357574 от 02.11.2020, действующей бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Тамбовской области, с сохранением врачебной тайны. Я проинформирован, что Оператор будет обрабатывать мои и Потребителя персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Даю свое согласие на передачу мне Оператором результатов проведенных по Договору исследований по электронной почте: , через сервис «Результаты анализов», размещенный в сети Интернет на сайте www.medlab-clinic.ru: да/нет V/ /

Данное Согласие дано сроком на 10 (десять) лет. Я оставляю за собой право в любой момент отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку. Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую своей волей, в своих интересах.

Дата: 24.11.2025 г.

Подпись: Тестовая Тест Тестовна

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, Тестовая Тест Тестовна, 01.01.2001г. р., зарегистрированный(ая) по адресу: Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1, проживающий по адресу: Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1, в отношении Потребителя Тестового Теста Тестовича, дата рождения 01.01.2025г. р., проживающего(ей) по адресу: Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1, 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 РФ от 23.04.2012 №390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, в ООО "МедЛаб С":

Медицинским работником _____ (должность, ФИО.) 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 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после смерти _____ (ФИО, тел.)

Я предупрежден(а) о возможных побочных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и связанных с ними риском, включая не зависящие от соблюдения применяемой технологии (т.е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью). В случае применения лекарственных препаратов, приобретенных за счет собственных средств, я несу ответственность за соблюдение условий хранения и транспортировки лекарственных препаратов в соответствии с инструкцией. Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения меня удовлетворяют, что подтверждаю своей подписью.

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

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; 3. Антропометрические исследования; 4. Термометрия; 5. Тонометрия; 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; 8. Исследование функции нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); 9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография; 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; 13. Медицинский массаж; 14. Лечебная физкультура

Дата: 24.11.2025. Подпись: Тестовая Тест Тестовна/ _____ ✓ /
Медицинский работник ООО "МедЛаб С": / _____

Настоящим я, **Тестовая Тест Тестовна**, 01.01.2001г.р., паспорт 1111 000000, выдан ОТДЕЛ УФМС РОССИИ ПО ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВЕТСКОМ РАЙОНЕ ГОР. ТАМБОВА, дата выдачи 01.01.2001, код подразделения 680-001, зарегистрирован (а): Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1, подтверждаю, что перед заключением с ООО "МедЛаб С" договора о предоставлении платных медицинских услуг, в котором ООО "МедЛаб С" выступает Исполнителем, а я Законным представителем Потребителя, я в доступной и понятной форме **уведомлен(а)** о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в медицинских организациях/учреждениях, работающих по указанным программам. ООО "МедЛаб С" участником указанных программ **не является**, услуги в рамках указанных программ **не оказывает**.

-о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, непосредственно предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, в том числе определённого на период временной нетрудоспособности Потребителя, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

Подпись _____ ✓ Тестовая Тест Тестовна

Договор № 373567/1 о предоставлении платных медицинских услуг

Г.Тамбов

24.11.2025

Общество с ограниченной ответственностью **ООО "МедЛаб С"**, ОГРН1186820010134, ИНН 6829145344 в лице администратора Ивановой Елены Викторовны действующего на основании доверенности №4 от 24.10.2023 г., действующей 3 года, выполняет по адресу: 392019, г.Тамбов, ул. Чичерина, д.19, пом 68 согласно лицензии Л041-01196-68/00357574 от 02.11.2020, действующей бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Тамбовской области, расположенным по адресу: 392000, г.Тамбов, ул.Советская, 106/5, оф.сайт zdrav.tmbreg.ru, телефон: (475)279-25-12, e-mail: post@zdrav.tambov.gov.ru, работы (услуги) :При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); гастроэнтерологии; гематологии; дерматовенерологии; кардиологии; колопроктологии; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ревматологии; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике; эндокринологии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым)., именуемое в дальнейшем - «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(-ка) **Тестовый Тест Тестович**, 01.01.2025 г.р., Паспорт РФ 1111 000000 выдан ОТДЕЛ УФМС РОССИИ ПО ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВЕТСКОМ РАЙОНЕ ГОР. ТАМБОВА 01.01.2001 г., код подразделения 680-001), зарегистрирован(а) по адресу: Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1, СНИЛС именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», в лице **Тестовой Тест Тестовны**, 01.01.2001 г.р., паспорт 1111 000000, выдан ОТДЕЛ УФМС РОССИИ ПО ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВЕТСКОМ РАЙОНЕ ГОР. ТАМБОВА, 01.01.2001, код подразделения 680-001, зарегистрирован(а) по адресу: Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1, именуемого в дальнейшем «Законный представитель Потребителя», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель оказывает Потребителю платные медицинские услуги, перечень, стоимость и срок предоставления которых указаны в согласованной Сторонами смете, составленной согласно действующему прейскуранту Исполнителя, а Законный представитель Потребителя оплачивает оказываемые услуги в порядке, установленном настоящим договором. При изменении условий договора Стороны подписывают дополнительное соглашение (смету).

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Обеспечить оказание медицинских услуг Потребителю по настоящему договору, при условии предварительной записи.

2.1.2. Обеспечить оказание качественных медицинских услуг Потребителю в соответствии с клиническими рекомендациями, стандартами, порядками и иными нормативными документами, действующими в системе здравоохранения с учетом объективного состояния здоровья Потребителя на момент оказания услуги.

2.1.3. В случае возникновения обстоятельств, препятствующих выполнению условий настоящего договора немедленно известить об этом Законного представителя Потребителя.

2.1.4. В доступной для Законного представителя Потребителя форме информировать его:

- о состоянии здоровья, результатах обследования, диагнозе и методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения Потребителя, о предстоящих основных или дополнительных диагностических, лечебно-профилактических процедурах и их стоимости.

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.5. Предупредить Законного представителя Потребителя в случае, если требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором или сметой, либо оказание медицинских услуг в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

При достижении с Законным представителем Потребителя соглашения об оказании услуг, указанных в абз.1 настоящего пункта, заключить дополнительное соглашение к настоящему договору. В качестве такого соглашения признается в том числе подписанная Сторонами дополнительная смета.

2.1.6. Вести медицинскую документацию установленного образца.

2.1.7. Гарантировать Законному представителю Потребителя защиту конфиденциальной информации (врачебная тайна).

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. При наличии медицинских показаний с согласия Законного представителя Потребителя направить Потребителя на дополнительные диагностические обследования и консультации врачей-специалистов.

2.2.2. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий, и/или риске нанесения ими вреда здоровью, уведомить об этом Законного представителя Потребителя и согласовать в дополнительном соглашении проведение возможных по медицинским показаниям медицинских услуг, либо отказать Потребителю в оказании соответствующих услуг.

2.2.3. Изменить сроки оказания медицинской услуги по согласованию с Законным представителем Потребителя при наличии объективных причин: болезнь/отсутствие по уважительным причинам врача при условии невозможности обеспечить замену, техническая неисправность оборудования, задержка Законным представителем Потребителя оплаты медицинской услуги. Об изменении сроков оказания медицинских услуг стороны подписывают дополнительное соглашение.

2.2.4. Отказаться от исполнения настоящего договора в одностороннем порядке в случае невозможности оказать Потребителю платные медицинские услуги надлежащего качества в следствие:

2.2.4.1. необеспечения Законным представителем Потребителя исполнения Потребителем назначений лечащего врача;

2.2.4.2 нарушении Потребителем/Законным представителем Потребителя Правил внутреннего распорядка для пациентов Исполнителя (правила поведения и режим работы Исполнителя), в том числе, но не исключительно: опоздания на прием более чем на 15 минут; нахождения в момент приема в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения, не позволяющих получить от Потребителя/Законного представителя Потребителя объективную информацию о состоянии здоровья Потребителя, причинах обращения, провести осмотр и обследование Потребителя; агрессивного, иного асоциального поведения, не позволяющего получить от Потребителя/Законного представителя Потребителя объективную информацию о состоянии здоровья Потребителя, причинах обращения, провести осмотр и обследование Потребителя;

2.2.4.3. отсутствия у Исполнителя лицензии на оказание услуг, предоставление которых необходимо Потребителю, а также отсутствие врача соответствующего направления, отсутствие/неисправное состояние необходимо для оказания данных услуг оборудования.

2.2.4.4. отказа Потребителя/Законного представителя потребителя от предоставления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в порядке, установленном законодательством РФ.

2.2.5. Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими организациями и специалистами.

2.3. Законный представитель Потребителя обязан:

2.3.1. Дать информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства; при достижении Потребителем возраста 15 (пятнадцати) лет обеспечить дачу Потребителем информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

2.3.2. Обеспечить соблюдение Потребителем режима лечения, в том числе определенного на период временной нетрудоспособности (ч.3ст 27 ФЗ РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), точное выполнение Потребителем назначений (рекомендаций) Исполнителя по лечению, в том числе указаний Исполнителя, предписанных на период после оказания услуг.

2.3.3. Обеспечить соблюдение Потребителем правил подготовки к диагностическим манипуляциям (анализам, инструментальным исследованиям), доведенных до него работниками Исполнителя.

2.3.4. Сообщить медицинскому работнику до оказания медицинских услуг достоверные сведения о состоянии здоровья Потребителя, в том числе о перенесенных заболеваниях, наличии хронических заболеваний, непереносимости лекарственных препаратов, известных аллергических реакциях и противопоказаниях; иные сведения, которые могут повлиять на ход оказания медицинской услуги и требующиеся для обеспечения своевременного и качественного оказания услуги; информировать о любых изменениях самочувствия Потребителя при прохождении курса лечения, известных аллергических реакциях и противопоказаниях.

2.3.5. Соблюдать Правила внутреннего распорядка для пациентов Исполнителя (правила поведения и режим работы Исполнителя) (ч.3 ст. 27 ФЗ РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») и обеспечить их соблюдение Потребителем.

Подписывая настоящий договор, Законный представитель Потребителя подтверждает, что проинформирован о том, что Правила внутреннего распорядка для Пациентов размещены на информационном стенде и сайте Исполнителя, что обеспечивает к ним доступ; что ознакомлен с указанными Правилами, они разъяснены ему сотрудниками Исполнителя и понятны.

Дополнительно Законному представителю Потребителя пояснена необходимость, при обращении за услугами Исполнителя, пользоваться предварительной записью, приходить для получения услуги заранее (10-15 минут) для оформления необходимой документации, а также пояснено, что опоздание на прием более чем на 15 минут препятствует оказанию платной медицинской услуги надлежащего качества, что может нанести вред здоровью Потребителя, ввиду чего в оказании услуги может быть отказано.

2.3.6. Соблюдать режим работы Исполнителя, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

2.3.7. После оказания услуг подписать Акт выполненных работ (оказанных услуг), указав замечания при наличии, и вернуть Исполнителю подписанный экземпляр. В случае отказа от подписания Акта направить Исполнителю письменное аргументированное возражение в течение тридцати дней.

В случае неподписания акта и отсутствия аргументированных письменных возражений, указанных в абз. 1 настоящего пункта, выполненные работы (оказанные услуги) считаются принятыми

2.3.8. Оплатить предоставленные медицинские услуги на условиях, указанных в настоящем договоре. Факт оплаты оказанных услуг свидетельствует об отсутствии у Законного представителя Потребителя претензий к номенклатуре и объёму оказанных услуг.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать медицинские услуги надлежащего качества, в объёме и в сроки, согласованные в настоящем договоре.

2.5. Законный представитель Потребителя имеет право:

2.5.1. Получать заключения с указанием результатов исследований, лечебно-диагностических мероприятий и необходимых рекомендаций и иную информацию об оказываемой медицинской помощи, оформленные в соответствии с требованиями действующего законодательства.

2.5.2. В любое время отказаться от исполнения договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесённых им расходов.

2.5.3. Направлять обращения (жалобы, претензии, требования), связанные с оказанием медицинских услуг по настоящему договору, в письменном виде по адресу: 392019, г.Тамбов, ул. Чичерина, д.19, пом 68

3. ЦЕНА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ

3.1. При определении стоимости медицинских услуг Стороны руководствуются действующим на дату обращения Законного представителя Потребителя за оказанием услуг Прейскурантом Исполнителя.

3.2. Оплата услуг по договору осуществляется наличными денежными средствами, с использованием платежных банковских карт, оплатой с помощью системы быстрых платежей по выбору Законного представителя Потребителя. По согласованию сторон оплата за медицинскую услугу может осуществляться Законным представителем Потребителя предварительно до получения услуги у Исполнителя. Оплата производится не позднее дня, когда была оказана медицинская услуга

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. Исполнитель не несёт ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало: необеспечение Законным представителем Потребителя соблюдения Потребителем рекомендаций (указаний) специалистов Исполнителя; предоставление Законным представителем Потребителя неполной и (или) недостоверной информации, предусмотренной п. 2.3.4. настоящего договора, а также неисполнение им обязанностей, предусмотренных п.п. 2.3.2., 2.3.3. настоящего договора

4.3. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимой силы).

4.4. Законный представитель Потребителя проинформирован о том, что необеспечение явки Потребителя без уважительной причины на осмотр, назначенный лечащим врачом, или осмотр, назначенный врачебной комиссией на основании обращения Законного представителя Потребителя, для оценки результатов лечения, освобождает Исполнителя от ответственности за нарушение сроков рассмотрения обращений Законного представителя Потребителя, обусловленных такой неявкой.

4.5. Меры ответственности Сторон применяются в соответствии с нормами действующего законодательства РФ.

5. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ

5.1. Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, является собственностью Исполнителя и не может быть изъята Законным представителем Потребителя самовольно.

5.2. Медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратов и медицинских изделиях, выдаются Исполнителем Законному представителю

5.3. Медицинские документы (копии, выписки) выдаются на основании письменного запроса Законного представителя Потребителя, поданного нарочным, направленного почтой, либо в виде электронного документа, подписанного ЭЦП.

5.5. Запись указанных документов на электронные носители, предоставленные Потребителем, не допускаются.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7. Реквизиты и подписи сторон:

Исполнитель:

ООО "МедЛаб С"

Юр. адрес: РФ 392019 г. Тамбов, ул. Чичерина, д. 19/1, пом. 68, <https://medlab.ru>

Факт. адрес: 392019, г.Тамбов, ул. Чичерина, д.19, пом 68

ИНН 6829145344, КПП 682901001,

ОКПО 34163044, ОГРН 1186820010134, ОКВЭД 86.21

P/c 407-02-810-5-6100-0006357

Тамбовское Отделение №8594 ПАО СБ г.Тамбов

K/c 301-01-810-8-0000-0000649

БИК 046850649

Тел.: (475)244-00-00

e-mail: info.ch@medlab.ru

сайт агрегатор: www.medlab-clinic.ru

Администратор: Иванова Елена Викторовна

1 Иванко. 1

М.П.

Законный представитель Потребителя:

Тестовая Тест Тестовна

01.01.2001г.р.,

Паспорт : 1111 000000

выдан: ОТДЕЛ УФМС РОССИИ ПО

ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВЕТСКОМ

РАЙОНЕ ГОР. ТАМБОВА

дата выдачи: 01.01.2001

код подразделения: 680-001

зарегистрирован Тамбовская область, городской

округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1

почтовый адрес для корреспонденции:

Тамбовская область, городской округ Тамбов,

Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1

Телефон: (000)000-00-00

E-mail:

Тестовая Тест Тестовна

$$1 \qquad \qquad \qquad \sqrt{1}$$


Согласие на обработку персональных данных

Я, **Тестовая Тест Тестовна**, 01.01.2001 г.р., паспорт 1111 000000, выдан ОТДЕЛ УФМС РОССИИ ПО ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВЕТСКОМ РАЙОНЕ ГОР. ТАМБОВА, 01.01.2001, код подразделения 680-001, зарегистрирован (а): Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1, выступающий в качестве Заказчика по договору о предоставлении платных медицинских услуг 373567/1 от 24.11.2025 (*далее Договор), настоящим даю свое согласие на обработку ООО "МедЛаб С" ОГРН 1186820010134 ИНН 6829145344, юр. адрес: РФ 392019 г. Тамбов, ул. Чичерина, д. 19/1, пом. 68, <https://medlabс.ru> (далее – Оператор) моих персональных данных (*далее Персональные данные), к которым относятся: фамилия, имя, отчество; год рождения; месяц рождения; дата рождения; место рождения; семейное положение; пол; адрес электронной почты; адрес места жительства; адрес регистрации; номер телефона; ИНН; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; в целях выполнения обязательств, вытекающих из Договора: *обеспечения оперативного и качественного оказания медицинских услуг и выполнения требований действующего законодательства*. Настоящее согласие предоставляется на осуществление действий Оператора в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор; запись; систематизация; накопление; хранение; уточнение (обновление, изменение); извлечение; использование; передача (предоставление, доступ); удаление; обезличивание, уничтожение.

Оператор гарантирует, что обработка моих персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ юридическим лицом, осуществляющим медицинскую деятельность на основании лицензии ЛО41-01196-68/00357574 от 02.11.2020, действующей бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Тамбовской области, с сохранением врачебной тайны. Я проинформирован, что Оператор будет обрабатывать мои персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Данное Согласие дано сроком на 10 (десять) лет. Я оставляю за собой право в любой момент отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку. Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую своей волей, в своих интересах.

Дата: 24.11.2025г.

Подпись: √ _____ (Тестовая Тест Тестовна)

Согласие на обработку персональных данных

Я, **Тестовый Тест Тестович**, 01.01.2025, паспорт 1111 000000, выдан 01.01.2001, код подразделения 680-001, зарегистрирован (а): Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1, настоящим даю свое согласие на обработку ООО "МедЛаб С" ОГРН 1186820010134 ИНН 6829145344, юр. адрес: РФ 392019 г. Тамбов, ул. Чичерина, д. 19/1, пом. 68, <https://medlabс.ru> (далее – Оператор) моих персональных данных (*далее Персональные данные), к которым относятся: фамилия, имя, отчество; год рождения; месяц рождения; дата рождения; семейное положение; пол; адрес электронной почты; адрес места жительства; адрес регистрации; номер телефона; СНИЛС; ИНН; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; данные документа, содержащиеся в свидетельстве о рождении; реквизиты полиса ДМС; сведения о состоянии здоровья (факт обращения за оказанием медицинской помощи; анамнез; диагноз; сведения об организации, оказавшей медицинские услуги; вид оказанной медицинской услуги; объем оказанной медицинской помощи; результат обращения за медицинской помощью; результат выполненных медицинских исследований (анализов); серия и номер выданного листка нетрудоспособности; сведения о заболеваниях (состояниях), сведения о назначенных лекарственных препаратах с указанием средств идентификации лекарственных препаратов; документах, формируемых при направлении пациентов в иные лечебные учреждения) *в целях выполнения обязательств, вытекающих из договора о предоставлении платных медицинских услуг 373567/1от 24.11.2025 (*далее Договор): медико-профилактических целях, целях установления медицинского диагноза, обеспечения оперативного и качественного оказания медицинских услуг и выполнения требований действующего законодательства.* Настоящее согласие предоставляется на осуществление действий Оператора в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор; запись; систематизация; накопление; хранение; уточнение (обновление, изменение); извлечение; использование; передача (предоставление, доступ); удаление; обезличивание, уничтожение, а равно на осуществление указанных действий для достижения указанных выше целей при необходимости третьими лицами: соисполнителями по Договору: ООО «ДиаЛаб Плюс» (ИНН 7728621567, 117513, г. Москва, ул. Островитянова, д.8), ООО «НПФ «ХЕЛИКС» (ИНН 7802122535, 194044, г. Санкт-Петербург, Б. Сампсониевский пр., д. 20, лит. А), ТОГБУЗ «Тамбовский областной онкологический клинический диспансер» (ИНН 6832006615, 392000, г. Тамбов, ул. Московская, д. 29В), а так же организациями, оказывающими платные медицинские услуги в рамках франшизы «МЕДЛАБ» в случае принятия мной решения об обращении в данные организации: ООО «МЕДЛАБ» (ИНН 6829098214, ОГРН 114682900092, г. Тамбов, ул. Северо-Западная, д. 5А), ООО «МедЛаб Плюс» (ИНН 6829142512, 392000 г. Тамбов, ул. Советская, д. 81А, пом. №63, ком. №11-12), ООО «МедЛаб С» (ИНН 6829145344, 392019, г. Тамбов, ул. Чичерина, д.19/1 пом.68), ООО «МЦ МедЛаб» (ИНН 6829155790, 392019, г. Тамбов, ул. Победы, д. 7).

Настоящим так же выражаю своё согласие на передачу моих Персональных данных в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (*далее ЕГИСЗ) в целях исполнения требований действующего законодательства РФ: да/нет _____ V/ _____ /

Оператор гарантирует, что обработка моих персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ юридическим лицом, осуществляющим медицинскую деятельность на основании лицензии Л041-01196-68/00357574 от 02.11.2020, действующей бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Тамбовской области, с сохранением врачебной тайны. Я проинформирован, что Оператор будет обрабатывать мои персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Даю свое согласие на передачу мне Оператором результатов проведённых по Договору исследований по электронной почте: , через сервис «Результаты анализов», размещённый в сети Интернет на сайте www.medlab-clinic.ru: да/нет _____ V/ _____ /

Данное Согласие дано сроком на 10 (десять) лет. Я оставляю за собой право в любой момент отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку. Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую своей волей, в своих интересах.

Дата: 24.11.2025г.

Подпись: √ _____ (Тестовый Тест Тестович)

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, Тестовый Тест Тестович, 01.01.2025 г.р., зарегистрированный(ая) по адресу: Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1, проживающий по адресу: Тамбовская область, городской округ Тамбов, Тамбов, Тестовая, д.1, кв.1 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 РФ от 23.04.2012 №390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО "МедЛаб С":

Медицинским работником _____ (должность, ФИО.) 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 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти _____ (ФИО, тел.)

Я предупрежден(а) о возможных побочных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и связанных с ними риском, включая не зависящие от соблюдения применяемой технологии (т.е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью). В случае применения лекарственных препаратов, приобретенных за счет собственных средств, я несу ответственность за соблюдение условий хранения и транспортировки лекарственных препаратов в соответствии с инструкцией. Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения меня удовлетворяют, что подтверждаю своей подписью.

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

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; 3. Антропометрические исследования; 4. Термометрия; 5. Тонометрия; 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; 8. Исследование функции нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); 9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография; 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; 13. Медицинский массаж; 14. Лечебная физкультура

Дата: 24.11.2025. Подпись: Тестовый Тест Тестович/ _____ √ /
Медицинский работник ООО "МедЛаб С": / _____