

**Публичный Договор-оферта на оказание платных медицинских услуг ООО  
«Медицинский Центр «Магнит Дон»**

**г. Ростов-на-Дону**

Настоящий публичный Договор-оферта на оказание платных медицинских услуг Общества с ограниченной ответственностью «Медицинский Центр «Магнит Дон» (далее: «Договор-оферта», «Договор» и/или «Оферта») в порядке ст. 435, 437 Гражданского Кодекса РФ является публичной офертой, обращенной к физическим лицам, желающим получить соответствующие медицинские услуги.

Физические лица, желающие принять (акцептировать) данную Оферту, обязуются подписать акцепт по присоединению к Публичному Договору-оферте по форме, изложенной в Приложении № 1 (Договор присоединения) к настоящему Договору.

Срок действия настоящей Оферты устанавливается с 01.11.2021 года до момента ее официального отзыва или утверждения предложения (Оферты) в новой редакции. Статья 440 ГК РФ гласит, что договор считается заключенным, если акцепт получен лицом, направившим Оферту, в пределах указанного в ней срока.

При трактовке настоящего Договора-оферты применяется следующая терминология:

**Заказчик** – физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу пациента.

**Исполнитель** – Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский Центр «Магнит Дон».

**Пациент** – физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги лично в соответствии с Договором-офертой. Пациент и Заказчик могут совпадать в одном лице.

**Медицинские услуги (МУ)** - выполняемые работы, оказываемые услуги при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; рентгенологии, оказываемые ООО «Медицинский Центр «Магнит Дон» в рамках видов медицинской деятельности, указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01050-61/00338895 от 20.09.2018 г., выданной МЗ РО.

**Правила оказания МУ** – утвержденные приказом генерального директора локальные документы, регламентирующие правила и условия оказания МУ пациентам ООО «Медицинский Центр «Магнит Дон»». Правила оказания МУ доступны для ознакомления на информационном стенде, а также на сайте <https://mrtdon.ru/>. К ним относятся: Правила внутреннего распорядка для пациентов и Правила предоставления платных МУ ООО «Медицинский Центр «Магнит Дон»

**Прейскурант платных МУ** (Прейскурант на МУ ООО «Меддиагностика») - действующий на момент оказания МУ утвержденный генеральным директором ООО «Медицинский Центр «Магнит Дон», действующим на основании

устава, перечень оказываемых МУ и цен на них. Доступен для ознакомления на официальном сайте <https://mrtdon.ru/> и информационном стенде. Стоимость конкретных процедур и манипуляций, а также режим работы могут быть уточнены у администратора и/или по контактному телефону +7 (863) 320-00-52.

**Акцепт** - действия Заказчика/Пациента по присоединению к Публичному Договору-оферте путем подписания Приложения №1 Договора присоединения. Акцепт осуществляется после ознакомления с настоящим Договором-офертой, правилами оказания МУ, прейскурантом и режимом работы.

## **1. ПРЕДМЕТ ОФЕРТЫ.**

1.1. ООО «Медицинский Центр «Магнит Дон» на основании обращения Заказчика, по его желанию и сверх Программы и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ростове-на-Дону (далее соответственно Программа, Территориальная программа) в соответствии с условиями настоящего Договора, обязуется оказать Пациенту Медицинские услуги (МУ), а Заказчик обязуется оплатить оказанные МУ в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором.

1.2. Перечень (наименование и количество) МУ, оказываемых Пациенту по Договору, срок и место их оказания, а также стоимость МУ согласовываются Сторонами в Договоре присоединения, являющейся Приложением №1 к настоящему Договору и составляющей его неотъемлемую часть. Договор присоединения подписывается при каждом обращении Заказчика за новыми (не предусмотренными действующей на момент соответствующего обращения Спецификацией) МУ.

1.3. Исполнитель вправе по своему усмотрению привлекать к оказанию МУ по Договору иные медицинские организации (третьи лица), имеющие лицензии на осуществление медицинской деятельности и соответствующие иным требованиям действующего законодательства.

1.4. МУ оказываются в течение срока действия Договора в соответствии с режимом работы Исполнителя и графиком работы Медицинских работников.

1.5. Подписывая настоящий Договор-оферту, Пациент подтверждает, что он ознакомился с указанными локальными актами, и обязуется их соблюдать. Изменения в указанные Правила оказания МУ размещаются на сайте МЦ и информационных стендах, размещенных на территории Исполнителя.

## **2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РАМКАХ ДОГОВОРА-ОФЕРТЫ**

2.1. Заказчику предоставлена информация 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.

2.2. Исполнитель ознакомил Заказчика с полным Прейскурантом МУ клиники.

2.3. МУ оплачиваются по стоимости, установленной Прейскурантом Исполнителя, действующим на дату оказания соответствующих МУ. Стоимость МУ

определяется Сторонами в соответствии с Прейскурантом Исполнителя, действующим на дату подписания Сторонами Договора Присоединения.

2.4. Оплата МУ может быть произведена путем перевода Исполнителю сумм на его расчетный счет либо путем наличного платежа в кассу Исполнителя, платежа банковскими картами с выдачей документа, подтверждающего оплату МУ

2.5. Основанием для оплаты Заказчиком МУ является подписанный Договор присоединения, как указано в пункте 1.2. Договора.

2.6. В случае отказа Заказчика (Пациента) после заключения Договора от получения МУ Договор расторгается. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

2.7. МУ считаются полученными Заказчиком (Пациентом) с момента их фактического оказания Исполнителем, что подтверждается первичной медицинской документацией Исполнителя.

2.8. Исполнитель вправе отказать в приеме Заказчику (Пациенту) в случаях: состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения; когда действия Пациента неадекватны, угрожают жизни и здоровью персонала; когда состояние здоровья Пациента не позволяет оказать ему МУ надлежащего качества.

2.9. В случае, если при оказании МУ Заказчику (Пациенту) потребуется дополнительное медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств по медицинским показаниям (не экстренное и не для устранения угрозы жизни), то Заказчик (Пациент) настоящим дает согласие на соответствующее медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, а Заказчик гарантирует их оплату. Медицинское вмешательство (комплекс медицинских вмешательств) по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента осуществляется в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

### **3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Обеспечить Заказчика (Пациента) бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных МУ, содержащей следующие сведения о:

а) порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных МУ; б) данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную МУ (его профессиональном образовании и квалификации); в) данных о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; г) данных о лицензии на медицинскую деятельность с приложением перечня работ (МУ), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией; д) других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора.

3.1.2. Оказывать Заказчику (Пациенту) МУ на условиях, определенных Договором, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, действующими на территории РФ. МУ Заказчику (Пациенту) оказываются после подписания им согласия на обработку/передачу персональных данных, отнесенных действующим законодательством к персональным данным, в том числе, составляющих врачебную тайну, и информированного

добровольного согласия по форме, установленной Исполнителем в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ.

3.1.3. Предупредить Заказчика о необходимости и стоимости дополнительных МУ

3.1.4. Давать, при необходимости, по просьбе Пациента, разъяснения о ходе оказания МУ ему и заинтересованным лицам, включая государственные и судебные органы.

3.1.5. При необходимости, сотрудничать при оказании МУ по настоящему Договору с иными медицинскими учреждениями и специалистами.

3.2. Заказчик (Пациент) обязуется:

3.2.1. Соблюдать правила оказания МУ Исполнителя.

3.2.2. Оплачивать МУ Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

3.2.3. Кроме того Заказчик (Пациент) обязан предоставить достоверную информацию о себе, включающую данные о непереносимости и аллергических реакциях на медикаментозные препараты, пищевые продукты и природные факторы; информировать о перенесенных Пациентом заболеваниях, в том числе о гепатите А,В,С, туберкулезе, приступах клаустрофобии, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания МУ, наличии беременности; предоставить полную и достоверную информацию о перенесенных Пациентом операциях, переливаниях крови и инъекциях за последние два года, наличии кардиостимуляторов, имплантатов и других изделий из металла; соблюдать правила поведения в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения; выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору МУ, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Не приступать к оказанию МУ до момента исполнения Заказчиком обязательств по оплате, предусмотренных условиями Договора, и подписания Пациентом информированного добровольного согласия.

3.3.2. Изменять Прейскурант в одностороннем порядке. Информация об изменении Прейскуранта доводится до сведения Заказчика путем размещения на информационных стендах в месте оказания МУ, предусмотренных Лицензией, и на информационном сайте Исполнителя в сети Интернет.

3.3.3. Получать от Заказчика (Пациента) любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредставления либо неполного или неверного предоставления Заказчиком (Пациентом) информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до представления необходимой информации.

3.3.4. Требовать от Заказчика (Пациента) соблюдения правил оказания МУ.

3.4. Заказчик (Пациент) имеет право:

3.4.1. Получать от Исполнителя МУ в соответствии с настоящим Договором.

3.4.2. Самостоятельно выбрать кандидатуру лечащего врача с учетом всех требований и условий, необходимых для оказания МУ, а также с учетом согласия врача.

3.5. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

#### **4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

4.1. За неисполнение или некачественное исполнение условий настоящего договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ, а также в соответствии с требованиями местных территориальных органов.

4.2. В случае ненадлежащего оказания МУ Заказчик (Потребитель) вправе по своему выбору потребовать: назначения нового срока оказания МУ; исполнения МУ другим специалистом; расторжения договора и возмещения затрат в установленном законодательном порядке.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за некачественное выполнение МУ при несоблюдении Заказчиком условий настоящего Договора.

#### **5. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ**

5.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров. Стороны обязаны соблюсти претензионный характер урегулирования споров. Срок для рассмотрения претензии - 10 календарных дней с момента ее получения.

5.2. При не урегулировании споров путем переговоров споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

#### **6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ**

6.1. В целях исполнения настоящего Договора-оферты в соответствии с п. 5 ст. 6, а также ст.ст. 9 и 10 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, на период действия настоящего Договора Заказчик/Пациент предоставляет ООО «Медицинский Центр «Магнит Дон» свои персональные данные (данные документа, удостоверяющего личность, в том числе фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, биометрические данные, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС(ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС) и прочее) и дает свое согласие на обработку персоналом Исполнителя своих персональных данных, а также специальных персональных данных, касающихся состояния здоровья Пациента, в целях получения МУ, оказываемых медицинской клиникой Исполнителя, при этом обработка такой информации осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством РФ сохранять врачебную тайну (далее - Согласие).

6.2. Указанное Согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных Заказчика/Пациента, которые необходимы для достижения вышеуказанных целей, включая без ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование (в том числе размещение в ознакомительных целях на официальных порталах/социальных сетях

медицинского центра), распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с персональными данными в соответствии с действующим законодательством РФ. Обработка персональных данных осуществляется Исполнителем следующими способами: обработка персональных данных с использованием средств автоматизации, обработка персональных данных без использования средств автоматизации (неавтоматизированная обработка). При обработке персональных данных Исполнитель не ограничен в применении способов их обработки. Заказчик/Пациент выражает согласие, что в случае необходимости в целях исполнения настоящего Договора Исполнитель вправе предоставить персональные данные Заказчика/Пациента третьему лицу (в т.ч. дочерним и зависимым), их агентам и иным уполномоченным ими лицам.

6.3. Согласие Пациента (его представителя) и (или) Заказчика, предусмотренное настоящим пунктом, считается данным с момента акцепта настоящей публичной Оферты, соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет.

6.4. Заказчик/Пациент имеет право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

6.5. В случае получения письменного заявления Пациента (его представителя) и (или) Заказчика об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной Заказчику/Пациенту до этого медицинской помощи.

## **7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ**

7.1. В соответствии с пунктом 2 статьи 437, пунктом 3 статьи 438 Гражданского Кодекса РФ акцепт Оферты равносителен заключению Договора на оказание МУ на условиях, изложенных в Оферте. Подписание Акцепта свидетельствует о выборе Пациентом медицинского учреждения и врача, согласии Пациента с настоящим Договором-офертой и его приложениями в полном объеме и без исключений. Акцепт равносителен заключению договора на оказание платных МУ.

7.2. Настоящий Договор может быть прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору-оферте, а также в случаях, предусмотренных настоящим Договором и действующим законодательством РФ.

7.3. Стороны допускают возможность использования аналога собственноручной подписи - факсимиле при подписании настоящего договора и приложений к нему.

7.4. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются следующие приложения:

Приложение № 1 - Договор присоединения к публичному договору-оферте на оказание платных МУ ООО «Медицинский Центр «Магнит Дон».

Приложение № 2 - Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство.

7.5. Своей подписью в настоящем Договоре Заказчик подтверждает, что Заказчик (Пациент) получил исчерпывающую информацию о предоставляемых МУ, о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья. Данная информация в доступной форме включает в том числе сведения о целях, методах оказания МУ, связанном с ними

риске, возможных вариантах выполнения МУ и их последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

7.6. Заказчик (Пациент) предоставляет исполнителю право передавать информацию по исполнению настоящего договора, а также сообщать информацию о работе Центра, акциях и предложениях sms-сообщениями, по телефону и на электронный адрес Пациента, указанные в реквизитах Договора.

7.7. Заказчик (Пациент) проинформирован, что Исполнитель проводит видеонаблюдение, с использованием камер открытого видеонаблюдения, фиксирующих звук и запись телефонных разговоров в целях обеспечения безопасности и контроля качества оказания МУ. Подписывая Акцепт Пациент дает согласие на обработку персональных данных (изображения, голоса).

#### **РЕКВИЗИТЫ ИСПОЛНИТЕЛЯ ООО «Медицинский Центр «Магнит Дон»**

Юридический адрес: 344049, Ростовская обл., г. Ростов-на-Дону, ул. Жданова, 2/7,  
пом.10 ОГРН 1186196001672 ИНН/КПП  
6168101539/616801001 Банк: ДО Западный филиал «Ростовский»  
АО «Альфа-Банк» р/с 10702810926140000995 к/с  
30101810500000000207 БИК 046015207

Генеральный директор \_\_\_\_\_ /Филоненко М.М./

**Приложение №2**

**к публичному договору-оферте на оказание платных медицинских услуг**

**Информированное добровольное согласие**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)

«\_\_» \_\_\_\_\_ г. р, \_\_\_\_\_ зарегистрированный \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ адресу:  
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

Проживающий \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ адресу:

\_\_\_\_\_ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_ отношении

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)

«\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»<sup>1</sup> (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в «Медицинский Центр «Магнит Дон» медицинским работником

\_\_\_\_\_ (должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника)

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты 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 (которых) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:



---

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

---

(подпись) (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного  
представителя, телефон)

---

(подпись) (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

Дата

/ \_\_\_\_\_ /

### Договор присоединения

**ФИО**, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», **адрес, телефон**, с одной стороны, и ООО «Медицинский Центр «Магнит Дон», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», расположенное по адресу: 344049, Ростовская обл., г. Ростов-на-Дону, ул. Жданова, 2/7, пом.10, в лице Генерального директора Филоненко Маргариты Михайловны, действующего на основании Устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01050-61/00338895 от 20.09.2018 г., выдана МЗ РО, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», а по отдельности - «Сторона», заключили настоящий договор (далее «Договор») о нижеследующем:

1. В соответствии с пунктом 1.2. Договора Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Пациенту) следующие медицинские услуги:

Перечень медицинских услуг					
№ п/п	Наименование услуг	Ед. изм.	Кол-во	Цена за 1 ед., руб.	Сумма, руб.
		шт			
					Итого:

2. Срок оказания медицинских услуг «\_\_» \_\_\_\_\_ г.  
Место оказания услуг: по месту нахождения Исполнителя.

3. Стоимость услуг по договору определяется в соответствии с действующим прейскурантом Исполнителя и указывается в таблице услуг, НДС не облагается.

4. Подписывая настоящий Договор присоединения Заказчик (Пациент) подтверждает, что ему предоставлена Исполнителем в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

5. Исполнитель уведомляет Заказчика (Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную МУ), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной МУ,

повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

6. Подписывая настоящий Договор присоединения Заказчик (Пациент), в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», дает свое **согласие на обработку его персональных данных** Исполнителем в порядке, указанном в Разделе 6 Договора-оферты на оказание платных МУ ООО «Медицинский Центр «Магнит Дон».

7. Подписывая настоящий Договор присоединения Заказчик (Пациент) дает свое **информированное добровольное согласие** на медицинское вмешательство: \_\_\_\_\_

(включенное в Перечень определенных видов медицинских вмешательств (приказ МЗ и СР РФ от 23.04.2012 № 390н, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и МО для получения первичной медико-санитарной помощи (приложение №2 к приказу МЗ РФ от 12.11.2021 № 1051н), утвержденный, для получения первичной медико-санитарной помощи) в ООО «Медицинский Центр «Магнит Дон» медицинским работником:

\_\_\_\_\_  
(должность, ФИО медицинского работника).

7.1. 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.

7.2. 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 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

7.3. Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти: \_\_\_\_\_

(ФИО гражданина, контактный телефон).

\_\_\_\_\_  
(ФИО гражданина, контактный телефон).

Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_

8. Я, (ФИО пациента) даю свое согласие на отправку информации о результатах медицинских исследований и иных данных, непосредственно связанных с медицинским вмешательством, пройденных мною в ООО «Медицинский Центр «Магнит Дон» по электронной почте или мессенджеру: \_\_\_\_\_ (адрес электронной почты/номер мессенджера).

Подписывая данное согласие, я проинформирован(а) о том, что электронная почта является незащищенным каналом связи. За взлом почтового ящика, утечку информации и неполучение отправленных результатов исследования ООО «Медицинский Центр «Магнит Дон» ответственности не несет.

9. Я, (ФИО пациента), проинформирован об ответственности за нарушение санитарно-эпидемических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание (236 УК РФ).

10. Настоящий Договор присоединения вступает в силу с даты его подписания и является неотъемлемой частью Договора.

11. Реквизиты сторон:

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

ООО «Медицинский Центр  
«Магнит Дон»  
Юридический адрес: 344049,  
Ростовская обл., г. Ростов-на-Дону,  
ул. Жданова, 2/7, пом.10  
ОГРН 1186196001672  
ИНН/КПП 6168101539/616801001  
Банк: ДО "Западный" филиал  
«Ростовский» АО «Альфа-Банк»  
р/с 10702810926140000995  
к/с 30101810500000000207  
БИК 046015207  
Генеральный директор

**ЗАКАЗЧИК:**

ФИО:  
Паспорт:  
Адрес:  
Телефон:  
Заказчик: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

\_\_\_\_\_/Филоненко М.М./