

Настоящим ООО «МЕЛАНОМА ЮНИТ СПБ» (далее «Исполнитель») сообщает, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, непосредственно оказывающего платные медицинские услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемых платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

01.01.2026 г.

Пациент ✓ _____ / Пациент/

Договор N
предоставления платных медицинских услуг

г. Санкт-Петербург

01.01.2026 г.

Общество с ограниченной ответственностью «МЕЛАНОМА ЮНИТ СПБ», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора-кассира __, действующего на основании доверенности № __ от 01.01.2024 г., с одной стороны, и Пациента ФИО, именуемая (ый) в дальнейшем «Пациент» (для целей данного Договора понятия «Пациент», «Потребитель», «Заказчик» совпадают), с другой стороны, вместе также именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется предоставить платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям настоящего договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к таким услугам, а Потребитель обязуется оплатить оказанные услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим договором.

1.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору, определяется в Счете- заказе, либо в Приложении к настоящему Договору, являющимися неотъемлемой частью настоящего договора.

1.3. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: 194021, г. Санкт-Петербург, пр-кт 2-й Муринский, д. 36, стр. 1, помещ. 1Н.

В соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности Л041-01148-78/00649729 от 03.05.2023 г., выданной Комитетом по здравоохранению г. Санкт-Петербурга (Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1, 8(812) 635-55-64, 8(812) 635-55-77, kzdrav@gov.spb.ru) Исполнитель оказывает следующие виды работ (услуг): при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: 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); дерматовенерологии; онкологии; ультразвуковой диагностики; функциональной диагностики; хирургии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности.

1.4. Медицинские услуги оказываются в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству и безопасности медицинских услуг. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Пациента, данного в порядке, установленном Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.5. Подписью настоящего Договора Потребитель подтверждает, что информирован Исполнителем 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.

1.6. Подписью настоящего Договора Потребитель подтверждает, что информирован Исполнителем о том, что Исполнитель не оказывает медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.7. Получателем платных медицинских услуг является Потребитель.

1.8. При направлении Потребителя лечащим врачом на консультацию, диагностическое исследование или госпитализацию при отсутствии экстренных показаний срок ожидания медицинской услуги не должен превышать 20 рабочих дней. Порядок фиксирования очередности устанавливается администратором исполнителя.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Предоставить Потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- 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, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие;
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

2.1.2. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.3. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.

2.1.4. При предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.1.5. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные медицинские услуги при необходимости их оказания предоставляются в случае оказания Потребителю стационарной помощи - на основании дополнительного соглашения к настоящему договору, в иных случаях - на основании отдельно заключаемого договора.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Оплатить оказанную Исполнителем медицинскую услугу (выполненную работу) в порядке и сроки, установленные настоящим договором.

2.2.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.2.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

2.2.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.2.5. Согласовывать со специалистами, оказывающими платные медицинские услуги, употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и прочего.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

2.3.2. Требовать от Потребителя соблюдения:

- графика прохождения процедур;
- режима при приеме лекарственных препаратов;
- назначений, рекомендаций специалистов;
- лечебно-охранительного режима;
- правил внутреннего распорядка лечебного учреждения;
- правил техники безопасности и пожарной безопасности.

2.3.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, рекомендаций и назначений специалистов и нарушении режима работы учреждения.

2.3.4. Требовать от Потребителя своевременной и полной оплаты медицинских услуг по настоящему Договору.

2.3.5. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

2.4.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

2.4.3. Получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы на основании письменного запроса.

3. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

3.1. Условия получения Пациентом медицинских услуг: медицинские услуги оказываются по желанию пациента; услуги оказываются при условии предварительной записи, подписания Пациентом Договора, согласия на обработку персональных данных и информированного добровольного согласия.

3.2. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг или иных услуг, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента, согласовать перечень и стоимость платных медицинских услуг в Счете-заказе, либо в Приложении к настоящему Договору, являющимися неотъемлемой частью настоящего договора.

3.3. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.4. В случае отказа Пациента после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. При этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

3.5. Перенос заранее согласованных даты и времени оказания медицинских услуг (в том числе оперативного

вмешательства) осуществляется путем согласования сторон в период срока действия договора. Согласование даты и времени, на которые переносится оказание медицинских услуг, осуществляется в письменной форме. В случае выявления противопоказаний к проведению оперативного вмешательства, ранее согласованные дата и время могут быть изменены по согласованию сторон вплоть до устранения противопоказаний, если это возможно, или оперативное лечение может быть отменено. В данных ситуациях Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору, ранее внесенная предварительная оплата подлежит возврату в объеме за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов, в том числе приобретенных искусственных имплантатов при наличии по согласованию.

3.6. Пациент, опоздавший на прием к врачу, на диагностическое исследование или на лечебную процедуру по предварительной записи, более чем на 10 минут без предупреждения, принимается при наличии свободного интервала приема в день обращения пациента.

При отсутствии свободного интервала приема в день обращения Пациента повторная предварительная запись на прием к врачу, диагностическое исследование или лечебную процедуру Пациента осуществляется администратором в рамках горизонта записи.

3.7. Получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях. Лечебное питание является неотъемлемым компонентом лечебного процесса и профилактических мероприятий и включает в себя пищевые рационы, которые имеют установленный химический состав, энергетическую ценность, состоят из определенных продуктов, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, включая смеси белковые композитные сухие и витаминно-минеральные комплексы, подвергаемых соответствующей технологической обработке, а также лечебные продукты энтерального питания и соответствуют характеру медицинского вмешательства, энергетическим и иным потребностям на период пребывания в стационаре с учетом индивидуальных особенностей пациента. Отступления от предложенной диеты могут негативно сказаться на состоянии здоровья пациента, иметь риски причинения вреда здоровью и жизни.

4. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость услуг по договору определяется как сумма всех Счетов-заказов и Приложений к настоящему договору, исполненных в рамках настоящего договора, по ценам согласно Прейскуранту Исполнителя, действующему на момент фактического оказания конкретных медицинских услуг, указывается в Счете-заказе либо Приложении к настоящему договору и Акте выполненных работ/ оказанных услуг. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета, при этом она является неотъемлемой частью настоящего договора. В случае наличия Сметы, стоимость конкретных медицинских услуг, указанных в ней, может быть изменена, в соответствии с ценами, указанными в Прейскуранте Исполнителя на дату фактического оказания. Перечень конкретных медицинских услуг, их стоимость согласовываются Исполнителем и Пациентом до оказания услуг и указаны в Счете-заказе, либо в Приложении к настоящему Договору, являющимися неотъемлемой частью настоящего договора.

Услуги могут быть оплачены на основании абз. 2 ст. 37 Закона РФ от 07.02.1992 г. № 2300-I «О защите прав потребителей» не позднее даты оказания услуги либо даты выписки из стационара в размере фактически выполненных и принятых Заказчиком медицинских услуг, либо, с предварительного согласия Заказчика, оплата производится до оказания медицинских услуг путем внесения 100% предоплаты или путем внесения аванса.

4.2. Оплата услуг по договору осуществляется наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по выбору Пациента и/или с использованием подарочного сертификата. В случае, если номинал подарочного сертификата меньше стоимости оказываемых услуг, Заказчик производит доплату до стоимости оказываемой услуги, определенной в Прейскуранте. Пациенту в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек). Услуги считаются оказанными и принятыми Пациентом с момента оплаты, либо с момента фактического оказания медицинских услуг, либо в день выписки из стационара Исполнителя.

4.3. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

4.4. В целях защиты прав потребителя Исполнитель по обращению Потребителя выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы Потребителя на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:

- копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);
- справку об оплате медицинских услуг по установленной форме;
- рецептурный бланк с проставленным штампом "Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика", заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации;
- документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 2.2.2 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 2.2.4 настоящего договора.

5.3. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом. Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

5.4. Сторона, для которой в силу п.5.3 стало невозможно исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 3 (трех) дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

5.5. В случае отсутствия возможности применения конкретных расходных материалов иностранного производства, ранее согласованных с Заказчиком, Исполнитель согласовывает с Заказчиком аналогичный расходный материал (максимально возможно соответствующий целям и методам планируемого медицинского вмешательства), при его отсутствии или при несогласии с Заказчика со стоимостью, возвращает предварительную оплату (при ее наличии) соразмерно объему не оказанных услуг.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

6.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

6.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств сторонами. Количество Приложений к настоящему договору не ограничено.

7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

7.3. Исполнитель в соответствии со ст. 36 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора в следующих случаях:

7.3.1. Исполнитель уведомил Потребителя об обстоятельствах, зависящих от него и способных снизить качество оказываемой медицинской услуги, но данные обстоятельства не были устранены.

7.3.2. Заказчик, Потребитель был уведомлен о необходимости дополнительных исследований и консультаций, а также о том, что его отказ приведет к невозможности качественного оказания услуги, однако не изменил своего решения относительно данных рекомендаций.

7.4. Потребитель вправе в любое время отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов. В этом случае Потребитель обязан уведомить об этом Исполнителя в письменной форме. В течение трех рабочих дней с момента получения соответствующего уведомления Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя и выставляет Потребителю счет, в котором указывается стоимость понесенных Исполнителем расходов по оказанию Потребителю услуг(и), от которых(ой) он отказался.

7.5. В случае, если на момент расторжения настоящего договора у Потребителя перед Исполнителем присутствует задолженность за оказанные услуги и/или приобретенные материалы, необходимые для предоставления Потребителю услуг, данная задолженность должна быть погашена Потребителем до даты расторжения Договора.

7.6. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на это представителями обеих Сторон.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Потребитель подтверждает, что при заключении настоящего договора ему была предоставлена следующая информация:

- сведения об организации Исполнителя;
- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа). Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы;
- иная информация, предусмотренная Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

8.2. Потребитель подтверждает, что на момент заключения настоящего договора ему в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.
- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

8.3. Потребитель уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

8.4. Потребитель вправе направить обращение (жалобу) в органы государственной власти и организации в письменном виде по адресу: 194021 г. Санкт-Петербург, 2-ой Муринский пр-кт, дом 36, стр. 1 помещ. 1Н, а также в электронном виде: admin@melanomaunit.spb.ru.

Исполнитель гарантирует, что обращение (жалоба), сообщение и иные документы, направленные Потребителем на адрес электронной почты Исполнителя: admin@melanomaunit.spb.ru, будут получены и зарегистрированы Исполнителем в порядке, установленном законодательством РФ.

8.5. Стороны договорились, что обращения (жалобы), сообщения и иные документы, направленные по электронной почте, имеют такую же юридическую силу, как направленные посредством системы почтовой связи. При этом обращения (жалобы), сообщения и иные документы, переданные по электронной почте, считаются исходящими от:

Исполнителя, если они направлены с адреса электронной почты: admin@melanomaunit.spb.ru;

Потребителя, если они направлены с адреса электронной почты:

8.6. При изменении адреса электронной почты соответствующая Сторона должна заблаговременно уведомить об этом другую Сторону. В случае неуведомления сообщение считается надлежащим образом доставленным.

8.7. При предъявлении Потребителем требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает требования и направляет ответ Потребителю в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

8.8. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

9. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Исполнителем после исполнения договора об оказании платных медицинских услуг выдаются потребителю (законному представителю потребителя) на основании письменного запроса, содержащего установленные законом реквизиты, в течение 30 дней копии медицинских документов (выписки из них), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Указанная информация предоставляется потребителю бесплатно.

9.2. Подписью настоящего Договора Потребитель подтверждает, что уведомлен и согласен со следующим: в связи с тем, что медицинская услуга по своему содержанию предполагает вмешательство в биологические процессы организма, не подконтрольные на 100% воле человека, Исполнитель при надлежащем выполнении условий настоящего договора и правильном использовании достижений медицины, по объективным причинам не может гарантировать Пациенту достижение запланированного положительного результата, отсутствие нежелательных явлений и осложнений.

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:

Общество с ограниченной ответственностью
«МЕЛАНОМА ЮНИТ СПБ»
ООО «МЕЛАНОМА ЮНИТ СПБ»
Адрес места нахождения юридического лица и
адрес места осуществления деятельности: Россия, г.
Санкт-Петербург, 194021, вн.тер.г. муниципальный округ
Светлановское, пр-кт 2-й Муринский, д. 36, стр. 1, помещ.
1Н;
Телефон: +7(812)409-93-03
Электронная почта: admin@melanomaunit.spb.ru
Сайт: www.melanomaunit.spb.ru
ИНН/КПП 7802929569/780201001
ОГРН 1227800114728
Наименование регистрирующего органа: Межрайонная
инспекция Федеральной налоговой службы № 15 по г.
Санкт-Петербургу.
Адрес регистрирующего органа: Россия, г. Санкт-
Петербург, ул. Красного Текстильщика, д. 10-12, лит. О
Дата внесения в ЕГРЮЛ 02.09.2023 г.
Банковские реквизиты:
Расчетный счет 40702810455000090971
Корреспондентский счет 301018105000000000653
БИК банка 044030653
Банк ПАО Сбербанк

Администратор-кассир

Заказчик:

ФИО: Пациент
Паспорт серии:
номер:
Выдан (когда, кем):
Адрес места жительства:
Контактный телефон: +7
e-mail:

Заказчик:

✓

/ пациент /

Настоящим Заказчик **подтверждает / не подтверждает** (не нужное зачеркнуть) свое согласие на получение от Исполнителя на номер телефона, указанный в качестве контактного, звонков, смс-уведомлений, сообщений WhatsApp, Telegram, а также на e-mail-сообщений (в случае наличия), содержащих информацию о планируемом приеме, а также иную информацию рекламного, информационного характера относительно услуг, оказываемых Исполнителем, индивидуальных предложений, скидок.

Я проинформирован и соглашаюсь с тем, что в целях направления мне рекламных сообщений и информации ООО «МЕЛАНОМА ЮНИТ СПБ» может поручать отправку сообщений следующим категориям третьих лиц: колл-центрам; операторам связи; IT-компаниям, оказывающим ООО «МЕЛАНОМА ЮНИТ СПБ» услуги по предоставлению доступа к платформам и инфраструктуре для рассылки рекламных и информационных сообщений. Я подтверждаю, что уведомлен о том, что могу отозвать настоящее согласие самостоятельно или через своего представителя путем направления заявления ООО «МЕЛАНОМА ЮНИТ СПБ» в форме:

электронного письма на адрес: admin@melanomaunit.spb.ru

либо в письменной форме на адрес: 194021, Россия, г. Санкт-Петербург, пр-кт 2-й Муринский, д. 36, стр. 1, помещ. 1Н.

Пациент (Заказчик) до подписания настоящего договора ознакомлен со следующими документами Исполнителя:

1. Положение об обработке персональных данных ООО «МЕЛАНОМА ЮНИТ СПБ» включая обработку персональных данных фотографических, рентгенологических, видеоматериалов в медико-профилактических целях
2. Правила предоставления платных медицинских услуг
3. Правила поведения пациентов и посетителей ООО «МЕЛАНОМА ЮНИТ СПБ», в том числе с правилами внутреннего распорядка.

Пациент (Заказчик) ✓ _____ / Пациент

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся Пациент _____

проживающий по адресу (месту регистрации): _____

Паспорт: _____

номер телефона: +7 _____

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью "Меланома Юнит СПб" (далее – «Оператор», «Клиника») моих персональных данных, а именно: фамилию, имя, отчество, пол, место рождения, дату рождения, гражданство, место и дата регистрации, место жительства, адрес проживания, данные (реквизиты) документа, удостоверяющего личность (паспорта), адрес электронной почты, контактный телефон, биометрические данные, реквизиты полиса ДМС (при наличии), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья (включая, в том числе, но не исключительно, анамнез, диагноз), случаях обращения за медицинской помощью, перечень, срок и объем оказанной медицинской помощи и иные персональные данные, обрабатываемые в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного и добровольного медицинского страхования, проведения контроля качества и безопасности медицинских услуг (далее – «Персональные данные»). Предоставляю Оператору право направлять мне информационные сообщения по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в том числе, но не исключительно, о подтверждении, отмене, изменении даты и времени записи на прием к врачу, о готовности результатов исследований и анализов. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими Персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои Персональные Данные посредством внесения их в электронную базу данных. Срок хранения моих Персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои Персональные данные другим должностным лицам Оператора, осуществляющим хозяйственную деятельность Оператора и третьим лицам, уполномоченным Оператором на обработку персональных данных в связи с технической необходимостью обработки в базах данных Оператора при обязательном соблюдении условий о конфиденциальности обрабатываемых данных, Заказчику медицинских услуг и его уполномоченным представителям, по договору с которым мне будут оказаны медицинские услуги.

Клиника оказывает услугу информирования, посредством направления информации, по телекоммуникационным каналам связи, на указанный Пациентом контактный номер телефона. На указанный Пациентом номер телефона передается информации о предстоящей записи на прием, о специальных предложениях Клиники. Настоящим согласием пациент дает свое согласие на смс информирование и дальнейшие рекламные коммуникации по указанному номеру телефона.

Направлять медицинскую информацию (результатов анализов/отчетов) по электронной почте:

ДА _____ НЕТ _____

Пациент вправе дать согласие на направление результатов медицинских исследований (результаты анализов), медицинских отчетов, информационных сообщений, связанных с оказанием медицинских услуг в Клинике на указанный Пациентом адрес электронной почты:

Я осведомлен(а), что сведения будут направляться через публичную сеть Интернет (Оператор не гарантирует безопасность связи от несанкционированного доступа) и поступать на незащищенные электронные адреса представителя, в связи с чем, отправитель (Оператор) не может нести ответственность за несанкционированный доступ к таким сведениям третьих лиц.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует бессрочно. Пациент вправе отозвать свое согласие на обработку Персональных данных посредством передачи Оператору под расписку соответствующего письменного заявления на бумажном носителе. Если заявление направляется по почте или передается Оператору через иное лицо, то подлинность подписи на нем должна быть нотариально засвидетельствована.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Клиника обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Электронная почта субъекта персональных данных: _____

Я даю согласие / не даю согласие (нужное подчеркнуть)

Я, в соответствии с п.1 ст. 152.1 Гражданского кодекса, даю согласие / не даю согласие (нужное подчеркнуть) Клинике на обнародование (в том числе путем опубликования, публичного показа либо любым другим способом, включая размещение в сети Интернет) и дальнейшее использование всех моих личных изображений (в том числе фотографий, видеозаписей с моим изображением (далее – «Изображения»)), а также результатов опросов, анкетирования, исследований, описание лечения, текстов интервью и иных материалов, которые сделаны и/или будут сделаны в связи с оказанием мне медицинских услуг Клиникой, без выплаты мне вознаграждения. Данное согласие распространяется на публикацию в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", на сайте Оператора, в социальных сетях. Я согласен(на) с тем, что любое последующее использование моих изображений не приводит к возникновению у Клиники каких-либо встречных обязательств, в том числе обязательств по предоставлению отчетов об использовании или обязательств по выплате какого-либо вознаграждения.

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа (по почте заказным письмом с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на вышеуказанные действия.

Дата: 01.01.2026

Расписался в моем присутствии:

Оператор:

Подпись пациента: _____ ✓

Подпись: _____

