

Публичный Договор-оферта на оказание платных медицинских услуг по проведению вакцинации вакциной Гам-КОВИД-Вак

НУЗ КДЦ

«Поликлиника на Полянке»

г. Москва

редакция от 27.01.2021 года

Утверждена Приказом № 01/27 от 27.01.2021 г.

Настоящий публичный Договор-оферта на оказание платных медицинских услуг НУЗ КДЦ «Поликлиника на Полянке» (далее: «Договор-оферта», «Договор» и/или «Оферта») в порядке ст.ст. 435, 437 Гражданского Кодекса РФ является публичной офертой, обращенной к юридическим лицам, которые принимают настоящую оферту в отношении оказания амбулаторно-поликлинической медицинской помощи или оказании разовой медицинской услуги и выражают намерение заключить Договор-оферту на услуги Исполнителя по нижеследующим условиям. Юридические лица, желающие принять (акцептировать) данную оферту, обязуются заполнить и отправить заявку (Приложение 1 к настоящему Договору) на следующий e-mail Исполнителя: polyanka@zub.ru и a.shunto@zub.ru, и оплатить направленный Исполнителем счет на предоплату услуг по настоящему Договору-оферте.

Срок действия настоящей оферты устанавливается с 13.04.2020 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:

- 1. Исполнитель (Поликлиника) – НУЗ КДЦ «Поликлиника на Полянке».**
- 2. Заказчик – юридическое лицо, заключающее настоящий Договор – оферту, в интересах третьих физических лиц.**
- 3. Пациент – физическое лицо, которому непосредственно будет оказываться медицинская услуга в рамках настоящего Договора-оферты,**
- 4. Медицинские услуги:**

4.1. по проведению теста КОРОНАВИРУС COVID-19 (SARS-CoV-2), определение РНК (кач.) для сотрудников Заказчика (Клиентам),

4.2. по определению антител IgM, IgG к коронавирусу (SARS-CoV-2 Covid-19) методом иммуноферментного анализа (далее - метод ИФА) в крови для сотрудников Заказчика (Клиентам)

4.3. Осмотр врачом терапевтом перед вакцинацией от коронавирусной инфекции SARS CoV-2, введение вакцины Гам-КОВИД-Вак (I, компонент)

4.4. Осмотр врачом терапевтом перед вакцинацией от коронавирусной инфекции SARS CoV-2, введение вакцины Гам-КОВИД-Вак (II, компонент)

в рамках видов медицинской деятельности, указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77-01-020991 от 29 декабря 2020 г, выданной Департаментом здравоохранения г. Москвы.

5. Правила оказания услуг – утвержденные приказами главного врача локальные документы, регламентирующие правила и условия оказания Медицинских услуг пациентам Поликлиники. Правила оказания услуг доступны для ознакомления на стойке регистратуры, а также на сайте policlinika.ru. К ним относятся: Правила внутреннего

распорядка для пациентов, Регламент и порядок предоставления медицинских услуг в **НУЗ КДЦ «Поликлиника на Полянке»**, Правила предоставления платных медицинских услуг **НУЗ КДЦ «Поликлиника на Полянке»**, утвержденные приказами главного врача, а также иные правила утвержденные исполнительными органами Российской Федерации.

6. Акцепт - заполнение и отправка заявки (Приложение 1 к настоящему Договору-оферте) на следующий e-mail Исполнителя: polyanka@zub.ru и a.shunto@zub.ru, и оплата направленного Исполнителем счета на предоплату услуг по настоящему Договору-оферте.

1. ПРЕДМЕТ ОФЕРТЫ.

1.1. Исполнитель оказывает Заказчику по его заказу медицинские услуги:

1.1.1. по проведению теста **КОРОНАВИРУС COVID-19 (SARS-CoV-2)**, определение РНК (кач.) для сотрудников Заказчика (Клиентам),

1.1.2. по определению антител IgM, IgG к коронавирусу (SARS-CoV-2 Covid-19) методом иммуноферментного анализа (далее - метод ИФА) в крови для сотрудников Заказчика (Клиентам)

1.1.3. Осмотр врачом терапевтом перед вакцинацией от коронавирусной инфекции SARS CoV-2, введение вакцины Гам-КОВИД-Вак (I, компонент)

1.1.4. Осмотр врачом терапевтом перед вакцинацией от коронавирусной инфекции SARS CoV-2, введение вакцины Гам-КОВИД-Вак (II, компонент)

(далее – **Медицинские услуги**), в соответствии с п. 1.3. настоящего Договора-оферты, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.

1.2. Медицинские Услуги оказываются в соответствии с Правилами оказания услуг (далее - **Правила**), утвержденными приказами генерального директора Заказчика в установленном порядке. Правила размещаются на сайте POLYCLINIKA.RU и информационных стендах.

1.3. Платные Медицинские Услуги оказываются по заявке Заказчика в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации. Сроки оказания медицинских услуг регулируются расписанием выезда медицинских работников. Конкретное время оказания медицинской услуги, согласовывается Заказчиком и Исполнителем посредством электронной почты.

1.4. Заказчик обязуется обеспечить подписание Пациентом, при выезде медицинского специалиста Исполнителя на адрес указанный Заказчиком в заявке, соответствующих информированных добровольных согласий/согласия на проведение манипуляций и вмешательств (указаны в Приложении №2, к настоящему Договору-оферты). **Отказ Пациента от подписания информированных добровольных согласий/согласия означает расторжение настоящего договора Заказчиком в одностороннем порядке, при этом предоплата оплаченная Заказчиком Исполнителю по настоящему Договору-оферте, Заказчику не возвращается.**

1.5. Услуги оказываются только при наличии у Пациентов документа удостоверяющего личность.

1.6. Услуги указанные в пункте 1.1.1. оказываются только при наличии у Клиентов документа, удостоверяющего личность и страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС).

1.7. Результаты лабораторных исследований Исполнитель передает в _____ срок с даты проведения забора биоматериала у сотрудников Заказчика в электронном виде на бланках Исполнителя сотрудникам Заказчика, а также Заказчику при наличии информированного добровольного согласия сотрудников Заказчика (Приложение №2 к настоящему Договору).

1.8. Исполнитель обязуется оказать услуги указанные в настоящем договоре-оферте, не позднее 10 (десяти) календарных дней с даты поступления заявки от Заказчика и оплаты

соответствующего счета, или в иной срок указанный в заявке, если этот срок превышает 10 календарных дней с даты направления заявки.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РАМКАХ ДОГОВОРА-ОФЕРТЫ

2.1. Исполнитель обеспечивает Заказчика в установленном порядке путем размещения на информационных стендах (стойках) или в сети «Интернет» информацией, включающей в себя сведения о перечне платных медицинских услуг и их стоимости, порядке оплаты, месте, порядке и условиях оказания услуг, сведениями о медицинских работниках (квалификации, уровне образования), режиме работы (графике работы) медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

2.2. Исполнитель в рамках настоящего Договора-оферты намеревается оказать Заказчику платные медицинские услуги в соответствии с его заявкой (п. 1.3 настоящего Договора-оферты).

2.3. Все Медицинские услуги оказываются с использованием сертифицированного оборудования и расходных материалов. Для оказания медицинских услуг в рамках настоящего Договора-оферты Исполнитель привлекает только специалистов с действующим сертификатом, дающим право на оказание определенного типа медицинских услуг.

2.4. Оказание Медицинских услуг в рамках настоящего Договора-оферты сопровождается составлением всей необходимой медицинской документации, в т.ч. получением от Пациента информированного добровольного согласия на проведение инвазивных методик в установленных действующим законодательством случаях и порядке.

2.5. Заказчик, заказав и оплатив в соответствии с настоящим Договором-офертой, оказание услуги предусмотренной настоящим Договором-офертой, тем самым согласует право Поликлиники на привлечение третьих лиц, обладающих навыками, оборудованием и лицензиями на осуществление соответствующих видов деятельности.

2.6. Заказчик имеет право в любой момент в письменной форме отказаться от Медицинских услуг/медицинского вмешательства, при этом оплатив Исполнителю фактически оказанные Заказчику Медицинские услуги, а при отказе от оказания услуг - фактически понесенные в этой связи расходы.

3. СТОИМОСТЬ ОКАЗЫВАЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Стоимость платных Медицинских услуг, оказываемых Заказчику в соответствии с настоящим Договором-офертой, определяется согласно заявке Заказчика (п. 1.3 настоящего Договора-оферты) и указывается в счете, направляемым Заказчику Исполнителем на основании заявки Заказчика, Счет направляется Заказчику не позднее 3 рабочих дней с даты получения Исполнителем Заявки.

3.2. Оплата медицинских услуг осуществляется Заказчиком на основании счета Исполнителя, до даты оказания услуг.

3.3. Датой платы услуг, является дата поступления денежных средств на расчетный счет Исполнителя

3.4. После оказания услуг, Исполнитель направляет Заказчику Акт приемки оказанных услуг, подписанный со своей стороны, в двух экземплярах, не позднее 5 календарных дней с даты оказания услуг.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ

Исполнитель обязуется:

4.1 Оказать услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, для чего выделить необходимых специалистов, обеспечить выполнение ими определенного объема работ, в надлежащие сроки и надлежащего качества, по факту оказанных услуг выдать работнику медицинское заключение и результаты анализов.

4.2 Бережно относиться к имуществу Заказчика.

4.3 Своевременно информировать Заказчика обо всех обстоятельствах, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору, в частности, об изменении состава специалистов, об изменении графика оказания услуг.

4.4 Соблюдать требования законодательства Российской Федерации о сохранении коммерческой тайны Заказчика, не разглашать сведения, полученные от Заказчика, а также иную информацию, касающуюся Заказчика, ставшую известной Исполнителю, в ходе исполнения настоящего Договора.

4.5 Оказывая услуги по настоящему Договору, не нарушать режим работы Предприятия Заказчика, с уважением относиться к организации деятельности Предприятия Заказчика, согласовать с Заказчиком график выполнения работ по настоящему Договору.

Исполнитель имеет право:

4.6 Самостоятельно формировать состав специалистов, привлекаемых к оказанию услуг по настоящему Договору.

4.7 Специалисты Исполнителя не подчиняются Правилам внутреннего трудового распорядка Заказчика. Исполнитель самостоятельно планирует и согласовывает с Заказчиком график оказания специалистами услуг по настоящему Договору, с учетом п. 2.5. настоящего Договора.

4.8 Привлекать третьих лиц для выполнения Задания.

5. Права и обязанности Заказчика

Заказчик обязуется:

5.1. По согласованию с Исполнителем предоставлять на своей территории помещения, соответствующие санитарным и гигиеническим требованиям, для оказания Исполнителем части медицинских услуг и обеспечить доступ медицинских работников Исполнителя на территорию Заказчика.

5.2. Надлежащим образом выполнять условия настоящего Договора и не позднее 10 часов 00 минут рабочего дня, предшествующего дню оказания услуг по настоящему Договору, информировать Исполнителя о любых, препятствующих этому обстоятельствах, о необходимости отмены или изменении назначенного времени получения медицинской услуги.

5.3. Оплачивать работу Исполнителя в сроки, установленные настоящим Договором.

Заказчик имеет право:

5.4. В предусмотренных действующим законодательством РФ случаях, получать в доступной форме информацию о состоянии здоровья пациентов.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору стороны несут ответственность в соответствии с Законодательством РФ и условиями настоящего Договора.

6.2 Заказчик не несет ответственности перед Исполнителем за вред, причиненный специалисту Исполнителя, в связи с нарушением последним техники безопасности и правил охраны труда, или связанный с выполнением незаконного и необоснованного указания Исполнителя, а также иной вред, возникший по вине Исполнителя.

6.3 Заказчик обязан возместить Исполнителю убытки, понесенные последним в связи с возмещением вреда специалисту, причиненного ему в результате необеспечения Заказчиком безопасных условий для деятельности специалиста, а также вызванный иными виновными действиями Заказчика.

6.4 В случае просрочки оплаты услуг по Договору, Исполнитель вправе начислить Заказчику пени в размере 0,1 % от суммы задолженности, за каждый день просрочки платежа, а Заказчик обязан ее уплатить. О начислении пени, Заказчик уведомляется письменной претензией, без выставления которой пени не уплачиваются.

7. ФОРС-МАЖОР

7.1. Стороны освобождаются от ответственности за полное или частичное неисполнение какого-либо из обязательств, вследствие наступления обстоятельств непреодолимой силы, таких как наводнение, пожар, землетрясение, а также в случае войны и военных действий или запретов компетентных государственных органов, возникших после заключения настоящего Договора.

8. АРБИТРАЖ.

8.1. Стороны принимают необходимые меры к тому, чтобы любые спорные вопросы, разногласия либо претензии, которые могут возникнуть или касаются настоящего Договора, были урегулированы путем переговоров. В случае невозможности разрешения разногласий путем переговоров они подлежат рассмотрению в Арбитражном суде г. Москвы.

9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

9.1. В соответствии с пунктом 2 статьи 437, пунктом 3 статьи 438 Гражданского Кодекса Российской Федерации акцепт Оферты равносителен заключению Договора на оказание услуг на условиях, изложенных в Оферте;

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.

7.3. Заказчик имеет право, письменно уведомив Исполнителя, расторгнуть в одностороннем порядке Договор в любое время, оплатив стоимость оказанных услуг (фактически понесенных расходов).

9. Приложения:

- Приложение №1 «Заявка на оказание медицинских услуг»
- Приложение №2 «Информированное добровольное согласие»

8. РЕКВИЗИТЫ ИСПОЛНИТЕЛЯ

Наименование Исполнителя	Негосударственное частное учреждение здравоохранения Клинико-диагностический центр «Поликлиника на Полянке»
Адрес местонахождения	119180, г. Москва, ул. Большая Полянка, д. 42, стр. 4, этаж чердак
ИНН/КПП	9706002415/770601001
ОГРН	1197700013257
Расчетный счет	40702810600220179590
Наименование банка	"СДМ-БАНК" (ПАО) г. Москва
Кор.счет	330101810845250000685
БИК	044525685

Приложение №1
К Договору-оферте
на оказание платных медицинских услуг
по проведению вакцинации вакциной Гам-КОВИД-Вак

НУЗ КДЦ «Поликлиника на Полянке»

Заявка на оказание услуг

1	Наименование юридического лица	
2	Организационно-правовая форма	
3	ОГРН	
4	ИНН/КПП	
5	р/с	
6	Наименование банка	
7	к/с	
8	БИК	
9	ФИО и должность единоличного исполнительного органа	
10	Адрес местонахождения юридического лица	
11	Адрес оказания услуг	
12	Количество пациентов, которым необходима медицинская услуга по проведению теста КОРОНАВИРУС COVID-19 (SARS-CoV-2), определение РНК (кач.)	
13	Количество пациентов, которым необходима медицинская услуга по определению антител IgM, IgG к коронавирусу (SARS-CoV-2 Covid-19) методом иммуноферментного анализа (далее - метод ИФА) в крови	
14	Количество пациентов, которым необходима медицинская услуга - осмотр врачом терапевтом перед вакцинацией от коронавирусной инфекции SARS CoV-2, введение вакцины Гам-КОВИД-Вак (I, компонент)	
15	Количество пациентов, которым необходима медицинская услуга - осмотр врачом терапевтом перед вакцинацией от коронавирусной инфекции SARS CoV-2, введение вакцины Гам-КОВИД-Вак (II, компонент)	
16	Желаемое время и дата оказания услуг	

Подписание и направление настоящей заявки на адрес: polyanka@zub.ru ,
подтверждает, что юридическое лицо, указанное в настоящей заявке полностью и
безоговорочно принимает условия указанные в настоящем Договоре-оферте

14	_____ (ФИО и должность исполнительного органа)	_____ (подпись)
		М.П.

ОБРАЗЕЦ
Приложение № 2
К Договору-оферте
на оказание платных медицинских услуг
по проведению вакцинации вакциной Гам-КОВИД-Вак

НУЗ КДЦ «Поликлиника на Полянке»

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА НАЛИЧИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 (SARS-COV-2) ОПРЕДЕЛЕНИЕ РНК (метод ПЦР) И ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ АНТИТЕЛ IGM, IGG К КОРОНАВИРУСУ (SARS-COV-2 COVID-19) (МЕТОД ИФА) В КРОВИ

Пациент/законный представитель: _____

Дата рождения: _____

Являясь Пациентом/законным представителем Пациента (нужное подчеркнуть), я подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, по своему желанию, отдавая отчет о последствиях обследования, принял(а) решение пройти тестирование путем лабораторного исследования на наличие у меня (представляемого мною лица) новой коронавирусной инфекции COVID-19 (SARS-CoV-2) определение РНК (метод ПЦР) и антител IGM, IGG к коронавирусу (SARS-COV-2 COVID-19), далее - COVID-19.

Для этой цели я соглашаюсь сдать биоматериал (нужное подчеркнуть): забор крови/соскоб из ротоглотки/слюну/иное (указать):

Подписывая настоящее согласие, я подтверждаю следующее:

- 1) в течение последних 14 дней до момента тестирования я (представляемое мною лицо) не находился на территории стран, в которых зарегистрированы случаи COVID-19;
- 2) в течение последних 14 дней до момента обращения я (представляемое мною лицо) не имел контакты с лицами, находившимися в течение последнего месяца на территории стран, в которых зарегистрированы случаи COVID-19;
- 3) на момент тестирования я (представляемое мною лицо) не нахожусь под наблюдением медицинских работников (в том числе в изоляции на дому) ввиду распространения COVID-19;
- 4) в течение последних 14 дней до момента тестирования я (представляемое мною лицо) не имел контакты с лицами, находящимися под наблюдением медицинских работников (в том числе изоляции на дому) ввиду распространения COVID-19;
- 5) на момент тестирования я (представляемое мною лицо) не имею жалоб на повышение температуры тела и/или другие симптомы ОРВИ;
- 6) ранее я (представляемое мною лицо) проходил/не проходил (подчеркнуть) тестирование на COVID-19 путем лабораторного исследования. Если проходил тестирование указать:

причины тестирования:

результаты тестирования (положительные/отрицательные):

Я подтверждаю, что мне разъяснено, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на COVID-19.

Я проинформирован, что:

- тестирование не может быть проведено анонимно и проводится при условии предъявлении документа, удостоверяющего личность (паспорта, свидетельства о рождении). При этом медицинская организация, осуществляющая забор моего биоматериала, и лаборатория, выполняющая исследование, обязаны в установленном порядке сообщить в уполномоченные органы и организации о результатах на COVID-2019 и передать положительно (сомнительно) сработавший материал в

центр гигиены и эпидемиологии для проведения повторного исследования;

- тестирование на COVID-19 определение РНК (метод ПЦР) и на наличие антител IGM, IGG к COVID-19 проводится в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и иных медицинских организациях, работающих в сфере ОМС, тестирование на COVID-19 проводится бесплатно, по назначению врача.

- доказательством наличия COVID-19 является присутствие РНК в биоматериале Пациента, либо наличие антител IGM в биоматериале Пациента.

Вместе с тем, в отдельных случаях, особенно в инкубационном периоде (около 14 дней) при тестировании может быть не обнаружено РНК COVID-19 и антител IGM ввиду ее незначительной концентрации, что не означает отсутствие заражения Пациента и, следовательно, отсутствие потенциальной опасности передачи вируса от Пациента окружающим.

Я проинформирован и подтверждаю, что подготовка к исследованию соблюдена, а именно:

- отказ от приема алкоголя за 24 часа до сбора

образца;

- отказ от использования дезинфицирующих растворов для полости рта в течение 4 часов до сбора образца;

- отсутствие приема антисептических таблеток за 4 часа до сбора образца;

- отсутствие приема пищи и курения в течение 1 часа до начала сбора образца.

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ТЕСТИРОВАНИЯ НА COVID-19 И НА НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ IGM, IGG К КОРОНАВИРУСУ (SARS-COV-2 COVID-19) И ВЫДАЧИ РЕЗУЛЬТАТОВ.

.

Исследование (тестирование) на обнаружение РНК COVID-19 определение РНК (метод ПЦР) и на наличие антител IGM, IGG к COVID-19 осуществляется по запросу (желанию) Пациента и с его информированного добровольного согласия, а для некоторых категорий граждан - несовершеннолетние в возрасте до 15 лет и лица, признанные в установленном законом порядке недееспособными – при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство законного представителя (одного из родителей или опекуна), на основании заключенного с Заказчиком/Пациентом Договора-заказа.

Один из родителей или иной законный представитель Пациента имеет право присутствовать при проведении медицинского вмешательства (забора биоматериала).

Выдача результатов исследования на COVID – 19 определение РНК (метод ПЦР) проводится на следующих условиях:

1) Результаты исследований направляются в электронной форме на адрес электронной почты Пациента, указанный в настоящем согласии.

2) Результаты исследований так же размещаются в личном кабинете Пациента на сайте www.polyclinica.ru или в мобильном приложении.

3) Результаты исследований могут быть выданы на бумажных носителях при предъявлении документа, удостоверяющего личность, установленного нормативно-правовыми актами РФ, Пациента (его законного представителя) и сообщении номера настоящего Договора-заказа. При несовпадении данных Пациента, указанных в Договоре-заказе, с данными предъявляемого документа, удостоверяющего личность, результат исследований не выдается.

4) В некоторых случаях (госпитализация Пациента и иные чрезвычайные ситуации) результаты исследований на COVID – 19 определение РНК (метод ПЦР) могут быть выданы уполномоченному

представителю Пациента, указанному в Договоре-заказе, а также лицу, указанному в нотариально удостоверенной доверенности на передачу результатов исследования.

5) Результаты исследования по телефону, путем СМС-информирования не сообщаются.

Порядок проведения исследований на COVID – 19 определение РНК (метод ПЦР) и обработки информации о результатах таких исследований устанавливается уполномоченными государственными органами.

Информация о результатах исследований на COVID – 19 определение РНК (метод ПЦР) передается в установленном порядке в уполномоченные органы и организации, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

В случае положительного или сомнительного результата на COVID – 19 определение РНК (метод ПЦР) биоматериал передается в центр гигиены и эпидемиологии (иные уполномоченные органы и организации) для проведения повторного исследования. Территориальные органы Роспотребнадзора при выявлении биоматериала, подозрительного на наличие возбудителя COVID – 19 определение РНК (метод ПЦР), организуют комплекс противоэпидемических мер по недопущению рисков распространения инфекции, включающих изоляцию и госпитализацию лица, в материале которого определено наличие возбудителя COVID – 19 определение РНК (метод ПЦР), и работу с контактными лицами.

Выдача результатов исследования на наличие антител IGM, IGG к COVID-19 проводится на следующих условиях:

1) Результаты исследований направляются в электронной форме на адрес электронной почты Пациента, указанный в настоящем согласии.

2) Результаты исследований так же размещаются в личном кабинете Пациента на сайте www.polyclinica.ru или в мобильном приложении.

3) Результаты исследований могут быть выданы на бумажных носителях при предъявлении документа, удостоверяющего личность, установленного нормативно-правовыми актами РФ, Пациента (его законного представителя) и сообщении номера настоящего Договора-заказа. При несовпадении данных Пациента, указанных в Договоре-заказе, с данными предъявляемого документа, удостоверяющего личность, результат исследований не выдается.

4) В некоторых случаях (госпитализация Пациента и иные чрезвычайные ситуации) результаты исследований на наличие антител IGM, IGG к коронавирусу (SARS-COV-2 COVID-19) могут быть выданы уполномоченному представителю Пациента, указанному в Договоре-заказе, а также лицу, указанному в нотариально удостоверенной доверенности на передачу результатов исследования.

5) Результаты исследования по телефону, путем СМС-информирования не сообщаются.

Порядок проведения исследований на наличие антител IGM, IGG к коронавирусу (SARS-COV-2 COVID-19) и обработки информации о результатах таких исследований устанавливается уполномоченными государственными органами.

Предоставляя свои контактные данные:

номер мобильного телефона:

+7 _____

адрес электронной почты:

Я выражаю согласие на то, что на указанный адрес электронной почты будет направлена информация о результатах исследования на COVID-2019 определение РНК (метод ПЦР) и о результатах исследования на COVID-2019 на наличие антител IGM, IGG к COVID-19 и по указанному номеру телефона со мной можно связаться для решения вопросов, связанных с принятием комплекса противоэпидемических мер по недопущению рисков распространения инфекции, а так же выражаю согласие на получение информации для доступа к личному кабинету Пациента, посредством СМС.

Я подтверждаю, что являюсь законным владельцем и пользователем указанных номера мобильного телефона и адреса электронной почты. В случае изменения номера мобильного телефона/адреса электронной почты, передачи номера телефона/адреса электронной почты другому лицу в постоянное или временное владение/пользование, расторжения (приостановления) договора оказания услуг связи на указанный номер мобильного телефона, прекращения доступа к указанной электронной почте, наступления иных обстоятельств, препятствующих получению информации

посредством указанных номера мобильного телефона и/или адреса электронной почты, обязуюсь незамедлительно уведомить об этом медицинскую организацию, осуществившую забор биоматериала. До получения данными организациями такого уведомления указанные номер мобильного телефона и адрес электронной почты будут считаться достоверными контактными данными, а настоящее согласие на получение информации по этим данным действующим.

Выражая согласие на получение информации на указанные номер мобильного телефона и/или адрес электронной почты, я обязуюсь обеспечить надлежащую защиту получаемой информации и принимаю на себя полную ответственность за возможное раскрытие третьим лицам персональных данных (в том числе информации, относящейся к врачебной тайне).

Я уведомлен и осознаю, что в связи со складывающейся эпидемиологической ситуацией в Российской Федерации, вызванной угрозой распространения COVID-2019, я несу обязанность по неукоснительному соблюдению установленных уполномоченными органами государственной власти организационных санитарно-противоэпидемических (профилактических) и ограничительных мероприятий. Нарушение санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий влечет за собой как административную, так и уголовную ответственность.

Я, настоящим, в соответствии с частью 4 статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 года №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю ООО «ИНКРАЙМ» своё согласие на разглашение (предоставление) сведений, составляющих врачебную тайну, полученных ООО «ИНКРАЙМ» в результате оказания медицинских услуг по настоящему Договору, следующему лицу _____ (наименование работодателя) (ОГРН _____, ИНН _____), путем направления результатов лабораторного исследования на наличие новой коронавирусной инфекции COVID-19 (SARS-COV-2) на электронную почту _____ принадлежащую _____ (наименование работодателя)

Дата _____

Подпись (ФИО) _____

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение вакцинации / или отказ от нее.

1. Я, нижеподписавшийся(ая)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

_____/_____/_____ года рождения

зарегистрированный(ая)

по

адресу: _____

даю согласие на проведение мне вакцинации вакциной :

Серия _____

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

а) о том, что профилактическая вакцинация - это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к новой коронавирусной инфекции (COVID-19) у взрослых.

Вакцина получена биотехнологическим путем, при котором не используется патогенный для человека вирус SARS-CoV-2. Препарат состоит из двух компонентов: компонент I и компонент II..

б) о необходимости проведения профилактической вакцинации, 2 этапах вакцинации и противопоказаниях к ее проведению;

в) возможных поствакцинальных осложнений (общих: непродолжительный гриппоподобный синдром, характеризующийся ознобом, повышением температуры тела, артралгией, миалгией, астенией, общим недомоганием, головной болью и местных: болезненность в месте инъекции, гиперемия, отечность), которые могут развиваться в первые-вторые сутки после вакцинации и разрешаются в течение 3-х последующих дней;

г) о необходимости обязательного медицинского осмотра перед проведением этапов вакцинации (а при необходимости — медицинское обследование);

д) о выполнении предписаний медицинских работников.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической вакцинации Гам-КОВИД-Вак, комбинированной векторной вакциной для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2, возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и добровольно соглашаюсь на проведение вакцинации Гам-КОВИД-Вак, Комбинированной векторной вакциной для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2. Я добровольно соглашаюсь (отказываюсь) на проведение вакцинации Гам-КОВИД-Вак, комбинированной векторной вакциной для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2).

Пациент _____/_____

(ФИО, подпись пациента)

Врач: _____/_____

Медицинская сестра: _____/_____

(подписи лечащего врача и медицинской сестры)

Дата: _____

