

Соглашение об организации оказания медицинских услуг

1. Общие положения

1.1. Общество с ограниченной ответственностью «Воздушные Ворота Северной Столицы» (ОГРН: 1067746535944, ИНН 7703590927, адрес местонахождения: 196140, г. Санкт-Петербург, Пулковское шоссе, д. 41, литера 3И (далее – ВВСС) предлагает физическому лицу (далее – Пользователь) воспользоваться услугами по организации оказания медицинских услуг на условиях, изложенных в настоящем соглашении (далее — «Соглашение»). Соглашение вступает в силу с момента выражения Пользователем согласия с его условиями в порядке, предусмотренном п. 1.3 Соглашения.

1.2. Соглашение может быть изменено ВВСС в одностороннем порядке без какого-либо специального уведомления Пользователя. Новая редакция Соглашения вступает в силу с момента ее размещения в сети Интернет по адресу <https://pulkovoairport.ru>.

1.3. Пользователь согласен с тем, что, подписывая заявку по форме, приведенной в приложении № 1 к Соглашению (далее – Заявка), Пользователь считается принявшим условия Соглашения в полном объеме, без оговорок и исключений.

2. Предмет соглашения и порядок оформления заказа

2.1. Предметом Соглашения является организация лабораторного исследования на COVID-19 методом полимеразной цепной реакции (далее – Исследование), в соответствии с требованиями постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 18.03.2020 № 7 «Об обеспечении режима изоляции в целях предотвращения распространения COVID-2019».

2.2. Общество с ограниченной ответственностью «Воздушные Ворота Северной Столицы» (ОГРН: 1067746535944, ИНН 7703590927) не является медицинской организацией выполняющей Исследование.

2.3. Оказание услуги по организации включает в себя: организацию забора образцов клинического материала, являющегося предметом Исследования (включая предоставление набора для забора клинического материала, а также последующую доставку клинического материала до лаборатории); лабораторную диагностику клинического материала на предмет наличия у Пользователя коронавирусной инфекции COVID-19 (2019-nCoV) силами партнера ВВСС.

2.4. Для заключения Соглашения Пользователю необходимо заполнить, подписать и передать представителю ВВСС Заявку.

2.5. После оформления Заявки Пользователь производит оплату в порядке, предусмотренном разделом 4 Соглашения.

2.6. ВВСС может в любой момент без указания причин отклонить полученную Заявку, в том числе (но не ограничиваясь), в случае: неполного и/или некорректного заполнения Пользователем содержания Заявки; неоплаты Пользователем Исследования и т.п.

3. Условия проведения Исследования партнером ВВСС

3.1. Проведение Исследования осуществляется партнёром ВВСС – Федеральным бюджетным учреждением здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Санкт-Петербург» (ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Санкт-Петербург») на основании договора оказания медицинских услуг, заключенном между ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Санкт-Петербург» и ВВСС.

3.2. С информацией о ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Санкт-Петербург» можно ознакомиться на сайте <https://78centr.ru>

3.3. Забор клинического материала производится работником ВВСС, прошедшим специальную подготовку.

3.4. Сроки проведения Исследования: не более 48 часов с момента забора клинического материала.

3.5. ВВСС вправе отказаться от приема клинического материала и предоставления услуг, предусмотренных Соглашением, в следующих случаях:

- при отказе Пользователя подписать Заявку и/или согласие на обработку персональных данных;
- при недостоверности данных, указанных Пользователем при оформлении Заявки;
- при невозможности связаться с Пользователем по указанным в Заявке контактными данным дважды в течение 1 (одного) календарного дня;
- при наличии иных оснований, установленных Соглашением, а также нормами действующего законодательства РФ.

3.6. ВВСС информирует Пользователя о результатах проведенного Исследования путем направления результата Исследования на адрес электронной почты, указанной в Заявке.

3.7. Документ, подтверждающий результаты Исследования направляется Пользователю партнером ВВСС на адрес электронной почты, указанный в Заявке.

3.8. Информация об итогах Исследования может быть передана партнером ВВСС в уполномоченные органы власти в целях предотвращения распространения и угрозы распространения инфекционных заболеваний. Порядок предоставления указанных сведений регламентируется нормативными правовыми актами.

4. Оплата услуги

4.1. Оплата стоимости организации проведения Исследования осуществляется Пользователем после оформления Заявки на условиях предоплаты. В стоимость организации проведения Исследования входит стоимость набора для забора клинического материала, доставка клинического материала до лаборатории, лабораторная диагностика клинического материала на предмет наличия у Пользователя коронавирусной инфекции COVID-19 (2019-nCoV).

4.2. Стоимость организации проведения Исследования определяется прейскурантом, опубликованным на сайте <https://pulkovoairport.ru/covid-19>.

5. Обязанности и ответственность сторон. Иные положения

5.1. Пользователь несет ответственность за достоверность данных, предоставленных им при использовании сервиса.

5.2. ВВСС обязуется осуществлять постоянный контроль сохранности конфиденциальности данных, представленных Пользователем и не несёт ответственности за сохранность, неизменность, а равно конфиденциальность таковых в случае нарушения Пользователем настоящих условий, и/или в случае, если нарушение сохранности, неизменности и/или конфиденциальности данных Пользователя произошли в свете программного сбоя, неправомерных действий третьих лиц или иных обстоятельств, находящихся вне разумного контроля ВВСС.

6. Согласие на обработку персональных данных и информации, содержащей сведения о врачебной тайне

6.1. Принимая условия настоящего Соглашения, Пользователь тем самым дает ВВСС свое согласие на обработку его персональных данных, согласно Федеральному закону от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», а также информации, содержащей сведения о врачебной тайне, согласно Федеральному закону от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Кроме того, Пользователь выражает согласие на передачу и обработку Персональной информации, а также информации, содержащей сведения о врачебной тайне, партнеру ВВСС – ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Санкт-Петербург» и привлекаемым им специалистам в целях обработки Заявки Пользователя, организации и проведения Исследования и последующего информирования Пользователя по итогам Исследования при условии соблюдения требований ст. 6 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в том числе соблюдения таким лицом конфиденциальности и защиты персональных данных.

6.2. Целью обработки персональных данных является организация проведения Исследования, в том числе направление уведомлений, запросов и информации, касающихся оказания указанной услуг, а также обработки запросов и заявок от Пользователя. Пользователь

выражает согласие на передачу сведений о факте его обращения за оказанием медицинской помощи и медицинских услуг партнером ВВСС для реализации указанных целей.

6.3. Перечень персональных данных Пользователя на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество, дата, место рождения, возраст, пол, адрес, телефон, адрес электронной почты, сведения о месте работы и должности, изображение гражданина, запись его голоса, данные документа, удостоверяющего личность, номер полиса ОМС, полиса ДМС, СНИЛС, сведения о состоянии здоровья, составляющие врачебную тайну, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, диагнозах, а также иной указанной Пользователем информации.

6.4. Перечень действий с персональными данными Пользователя, на совершение которых дается согласие: все действия с персональными данными необходимые для организации проведения Исследования, в том числе любые действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, передачу персональных данных с помощью медицинских/лабораторных информационных систем и других программ для ЭВМ третьим лицам в целях исполнения обязательств по настоящему соглашению и дальнейшего информирования Пользователя; на синхронизацию персональных данных Пользователя с помощью различных программ для ЭВМ путем передачи третьим лицам; а также на иную передачу персональных данных в порядке, предусмотренном законодательством РФ. Пользователь согласен с тем, что ВВСС вправе привлекать для выполнения вышеуказанных полномочий по обработке (включая автоматизированную обработку) и хранению персональных данных третьих лиц без дополнительного согласия Пользователя в соответствии с действующим законодательством РФ в соответствии с целями, указанными в Соглашении.

6.5. Согласие на обработку персональных данных и информации, содержащей сведения о врачебной тайне, а также иные вышеуказанные действия предоставляется Пользователем без ограничения срока действия.

6.6. В случае если Пользователь размещает в Заявке Персональную информацию третьих лиц, Пользователь гарантирует, что имеет соответствующие полномочия на выражение согласия от имени указанного им лица на передачу его Персональной информации ВВСС для ее обработки на указанных выше условиях, а также на передачу сведений о факте обращения лица за оказанием медицинских услуг. ВВСС вправе запросить у Пользователя документы, подтверждающие наличие у него соответствующих полномочий на обращение от имени лица, данные которого указаны в Заявке.

6.7. Пользователь извещен о том, что настоящее согласие может быть отозвано только посредством составления соответствующего письменного заявления и направления такого заявления ВВСС по e-mail: office@pulkovo-airport.com с указанием в теме письма: «Заявление об отзыве согласия на обработку персональных данных и информации, содержащей сведения о врачебной тайне», а также направления по адресу местонахождения ВВСС оригинала заявления по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручении лично под расписку представителю ВВСС. Заявление об отзыве согласия на обработку персональных данных и информации, содержащей сведения о врачебной тайне, должно в обязательном порядке содержать: ФИО, паспортные данные (номер паспорта, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе), заявляемое требование, подпись и расшифровку подписи Пользователя, а также дату составления. При несоблюдении Пользователем условий, указанных в настоящем пункте, согласие на обработку на обработку персональных данных и информации, содержащей сведения о врачебной тайне, не будет считаться отозванным.

7. Заключительные положения

7.1. Соглашение регулируется и толкуется в соответствии с законодательством Российской Федерации. Вопросы, не урегулированные Соглашением, подлежат разрешению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.2. Стороны Соглашения устанавливают обязательный досудебный (претензионный) порядок разрешения споров. Срок ответа на претензию – 15 (пятнадцать) рабочих дней с момента

получения претензии. Все вопросы и претензии, связанные с оказанием услуг по Соглашению, должны направляться через форму обратной связи <https://pulkovoairport.ru/passengers/contact-us> или по адресу office@pulkovo-airport.com.

ФОРМА ЗАЯВКИ

Я, _____
(Ф.И.О.)

зарегистрированный по адресу: _____

пол ___ мужской / ___ женский; дата рождения _____

Контактный телефон: _____

Адрес электронной почты: _____

Документ, удостоверяющий личность:

Тип: _____, серия _____ номер _____, кем и когда выдан _____.

Место работы/учёбы:

Наименование: _____

Адрес места нахождения: _____

Должность _____

Рабочий телефон: _____

настоящим подтверждаю, что принимаю условия соглашения об организации оказания медицинских услуг, размещенного в сети Интернет по адресу _____.

Согласен на выполнение лабораторного исследования на COVID-19 методом полимеразной цепной реакции в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Санкт-Петербург».

Для целей исполнения Соглашения даю согласие на обработку моих персональных данных:

Перечень персональных данных на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество, дата, место рождения, возраст, пол, адрес, телефон, адрес электронной почты, сведения о месте работы и должности, изображение гражданина, запись его голоса, данные документа, удостоверяющего личность, номер полиса ОМС, полиса ДМС, СНИЛС, сведения о состоянии здоровья, составляющие врачебную тайну, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, диагнозах, а также иной указанной Пользователем информации.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: все действия с персональными данными необходимые для организации проведения Исследования, в том числе любые действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, передачу персональных данных с помощью медицинских/лабораторных информационных систем и других программ для ЭВМ третьим лицам в целях исполнения обязательств по настоящему соглашению и дальнейшего информирования Пользователя; на синхронизацию персональных данных Пользователя с помощью различных программ для ЭВМ путем передачи третьим лицам; а также на иную передачу персональных данных в порядке, предусмотренном законодательством РФ. Пользователь согласен с тем, что ВВСС вправе привлекать для выполнения вышеуказанных полномочий по обработке (включая автоматизированную обработку) и хранению персональных данных третьих лиц без дополнительного согласия Пользователя в соответствии с действующим законодательством РФ в соответствии с целями, указанными в Соглашении.

Дата _____ (_____) _____ (_____) _____
Подпись _____ Ф.И.О.

**Приложение № 2
к соглашению об организации
оказания медицинских услуг**

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

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

"__" _____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо 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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

в обществе с ограниченной ответственностью «Воздушные Ворота Северной Столицы»

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

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

"__" _____ г.
(дата оформления)