

Информация о лицензии

Лицензия № Л041-01189-27/00362211 от 29.12.2020 (срок действия – бессрочно) выдана Минздравом Хаб. края, г. Хабаровск, ул. Запарина 76, тел: (4212) 40-20-00, предусматривающая перечень работ: При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), дезинфектологии, лечебному делу, общей практике, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), гастроэнтерологии, дерматовенерологии, инфекционным болезням, кардиологии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, рентгенологии, стоматологии общей практики, ультразвуковой диагностике, урологии, физиатрии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители, медицинскому освидетельствованию на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности.

Приложение № 2

Информированное добровольное согласие

Я, _____, _____ года рождения, зарегистрированный по адресу _____, в отношении _____, проживающим по адресу _____ 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 (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 ООО "МУ "Гармония".

Медицинским работником _____ (Врач-терапевт) 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 закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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 (при наличии) гражданина, контактный телефон)



, тел.:

(подпись, Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина, контактный телефон)

Врач-терапевт

(подпись, Ф.И.О. и должность медицинского работника)

Исполнитель _____ / _____

Заказчик _____ / _____



от _____, ____ г.р.
Паспорт: серия № _____ дата выдачи _____,

ЗАЯВЛЕНИЕ

В соответствии с пунктом 2 Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.09.2020 № 947н, а также в соответствии с Порядком ведения медицинской документации и хранения медицинских документов, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.03.2025 № 147н, подтверждаю свое право на получение медицинской помощи при ведении медицинской документации в форме бумажных документов.

Настоящим прошу осуществлять формирование, ведение и хранение моей медицинской документации исключительно в бумажном виде, в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации в сфере охраны здоровья. Прошу вести мою медицинскую документацию в форме бумажных документов с момента подачи настоящего заявления, обеспечить надлежащее оформление, хранение и предоставление доступа к бумажной медицинской документации в установленном законодательством порядке, а также уведомить меня в случае планируемого перехода на исключительно электронный документооборот с предоставлением соответствующих гарантий сохранения доступа к моим медицинским данным.

Приложение:

1. Копия документа, удостоверяющего личность заявителя.

Дата: « _____ » _____ г.

Подпись:  _____

Расшифровка подписи: _____

линия отреза

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____, _____ года рождения, паспорт серия № _____, выдан _____, дата выдачи _____ г., проживающий/ая по адресу _____ в соответствии с требованиями ст. ст. 23.24 Конституции РФ, ст. 9 Федерального закона «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006, ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011г. даю свое согласие на обработку ООО "МУ "Гармония", 680038, Хабаровский край, Хабаровск г, Серышева ул, дом 25, тел. +7 (4212) 242242, ОГРН 1202700008235, ИНН/КПП 2721246935/272201001 (далее – «Оператор») моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, реквизиты справок и заключений, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг и осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Оператор вправе в процессе оказания медицинских услуг передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, для экспертизы качества оказания медицинских услуг, а также следующим лицам: должностным лицам Оператора, соисполнителям (в том числе юридическим лицам) Оператора, в целях оказания медицинских услуг, страховым медицинским организациям (в рамках ОМС), подсистеме ЭЛМК (ЕГИСЗ), контролирующим органам (ФОМС, ТФОМС, Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Росстат и т.д.) и иным государственным органам.


Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Оператор вправе совершать обмен моими персональными данными со страховой медицинской организацией (Страховщиком), Территориальным фондом, ОМС, органами здравоохранения. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет

Настоящее согласие дано мной 04.05.2026 и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать данное согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в месячный срок

В соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006, даю свое согласие на получение от представителей/сотрудников Исполнителя (далее - Оператора) информации: о готовности результатов медицинского исследования, анализов, направление результатов анализов, исследований, заключений содержащую врачебную тайну и иную информацию, в том числе носящую рекламный характер, путем предоставления соответствующей информации с помощью смс-информирования, WhatsApp/Telegram-информирования. Информация разрешаю направлять мне на телефонный номер: _____ и/или по адресу электронной почты: _____. Я подтверждаю, что являюсь владельцем указанного выше телефонного номера и электронной почты, персональные данные предоставлены сознательно и добровольно. Я уведомлен, что информация будет направлена по незащищенным каналам связи, в связи с чем, Оператор не может нести ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам.

Время рассылки с 09:00 до 22:00 по местному времени. Услуга предоставляется бесплатно. Передача информации осуществляется автоматически и не имеет 100% гарантии доставки. Я уведомлен о том, что в любой момент могу отказаться от рассылки путем направления отказа в свободной форме на e-mail: www.medcomis.ru. Исключение из списка рассылки будет осуществлено в течении 5 (пяти) рабочих дней с момента получения отказа

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

СОГЛАСИЕ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (полностью), число, месяц, год рождения)

паспорт серия _____ № _____ выдан « _____ » _____ г.

(кем выдан)

зарегистрированный(ая) по адресу:

даю ООО "МУ "Гармония", зарегистрированному по адресу: 680038, Хабаровский край, Хабаровск г, Серышева ул, дом 25 (далее - оператор) согласие на распространение своих персональных данных в соответствии с требованиями п. 9 ст. 9 Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006г. №152 -ФЗ «О персональных данных».

Цель обработки персональных данных:

- обеспечение соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;

Персональные данные, подлежащие распространению:

Категория персональных данных	Перечень персональных данных	Разрешение к распространению (да/нет)	Условия и запреты
Общедоступные	Фамилия	да/нет	отсутствуют
Общедоступные	Имя	да/нет	
Общедоступные	Отчество	да/нет	
Общедоступные	Должность	да/нет	
Общедоступные	Адрес электронной почты (рабочий)	да/нет	
Общедоступные	Телефон (рабочий)	да/нет	
Иные	Сведения о биографии (образовании, трудовом стаже, наличии или отсутствии индивидуальных достижений, семейном положении)	да/нет	

Способами распространения персональных данных в рамках настоящего согласия являются размещения на официальном сайте <https://medcomis.ru/about/> (markpm@medcomis.ru)

Настоящее согласие на распространение персональных данных действует с момента его представления оператору в течение сроков хранения документов по конкурсу и может быть отозвано мной в любое время путем подачи оператору заявления в простой письменной форме.

Персональные данные субъекта подлежат хранению в течение сроков, установленных законодательством Российской Федерации. Персональные данные уничтожаются: по достижению целей обработки персональных данных; при ликвидации или реорганизации оператора; на основании письменного обращения субъекта персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных (оператор прекратит обработку таких персональных данных в течение 3 (трех) рабочих дней, о чем будет направлено письменное уведомление субъекту персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней.

_____ /  _____ « _____ » _____ г.