

г. Москва

«    » \_\_\_\_\_ 2019 г.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Медико-генетический научный центр» (Лицензия на право осуществления медицинской деятельности № ФС-99-01-009317 выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения 26 марта 2016 года, расположенной по адресу: 109974, Москва, Славянская площадь, дом 4, стр. 1; тел. 8 (495) 698-45-38)) в лице директора Куцева Сергея Ивановича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ, с одной стороны, и \_\_\_\_\_ в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем ЗАКАЗЧИК, с другой стороны, вместе именуемые СТОРОНЫ, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

## 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

В целях проведения диагностики врожденных и наследственных болезней стороны договорились о нижеследующем:

- 1.1. В рамках настоящего Договора Заказчик выступает от собственного имени, но действует в интересах и по поручению третьих лиц - физических лиц, являющихся его пациентами (именуемые в дальнейшем ПОТРЕБИТЕЛЯМИ).
- 1.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ принимает на себя обязательства оказывать услуги по проведению диагностических медицинских исследований биологического материала, полученном от Потребителей, а также переданных ЗАКАЗЧИКОМ (далее – образцы биологического материала).
- 1.3. ЗАКАЗЧИК обязуется принимать и оплачивать, оказываемые ИСПОЛНИТЕЛЕМ медицинские услуги в порядке, предусмотренном настоящим Договором.
- 1.4. ИСПОЛНИТЕЛЬ оказывает услуги по настоящему Договору в помещении ИСПОЛНИТЕЛЯ по адресу: г. Москва, ул. Москворечье, дом 1.

## 2. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН ДОГОВОРА

### 2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется:

- 2.1.1. Проводить диагностические медицинские исследования биологического материала, переданного ЗАКАЗЧИКОМ, качественно, в полном объеме и в сроки, оговоренные в настоящем договоре в соответствии с установленными профессиональными стандартами, нормативами и правилами медицинской деятельности.
- 2.1.2. Предоставлять уполномоченным сотрудникам ЗАКАЗЧИКА необходимую информацию и документацию ИСПОЛНИТЕЛЯ для исполнения настоящего Договора.
- 2.1.2. Обязательства ИСПОЛНИТЕЛЯ вступают в силу только после подписания акта приема-передачи образцов биологического материала (п. 2.2.1. настоящего договора).

### 2.2. ЗАКАЗЧИК обязуется:

#### 2.2.1. Предоставлять ИСПОЛНИТЕЛЮ:

- образцы биологического материала ПОТРЕБИТЕЛЕЙ для проведения диагностических медицинских исследований;
- заявку-акт на выполнение исследований на бланке установленного образца (Приложение 1 к настоящему договору) в 2-х экземплярах, подписанный со стороны ЗАКАЗЧИКА;

- информированное согласие на медицинское вмешательство и генетическое исследование (Приложение 2 к настоящему договору) для каждого ПОТРЕБИТЕЛЯ, биологический материал которого передается Исполнителю для исследования;
  - добровольное информированное согласие на обработку персональных данных (Приложение 3 к настоящему договору) для каждого ПОТРЕБИТЕЛЯ, биологический материал которого передается Исполнителю для исследования;
- 2.2.2. Осуществлять оплату медицинских услуг на основании счетов и актов выполненных работ в сроки, предусмотренные Договором.

2.3. Образцы биологического материала ПОТРЕБИТЕЛЕЙ, для которых ЗАКАЗЧИКОМ не были предоставлены «Информированное согласие на медицинское вмешательство и генетическое исследование» и «Добровольное информированное согласие на обработку персональных данных» хранятся у ИСПОЛНИТЕЛЯ, исследования по ним не проводятся до предоставления указанных документов ЗАКАЗЧИКОМ. Если указанные документы не будут предоставлены ИСПОЛНИТЕЛЮ ЗАКАЗЧИКОМ в течение 30 дней, биологический материал уничтожается.

2.4. ИСПОЛНИТЕЛЬ в течение трех дней с момента выявления непригодности образцов биологического материала кого-либо из ПОТРЕБИТЕЛЕЙ для проведения ЗАКАЗЧИКОМ исследований, сообщает об этом ЗАКАЗЧИКУ по электронной почте на адрес \_\_\_\_\_. ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе запросить у ЗАКАЗЧИКА повторно образцы биологического материала взамен непригодного для проведения исследований. Сроки предоставления таких образцов Стороны согласуют дополнительно посредством электронной почты.

2.4. Каждая из Сторон обязуется вести учет оказываемых услуг по настоящему Договору. При этом учет предоставленных услуг и обмен информацией осуществляются СТОРОНАМИ по форме, согласованной в настоящем Договоре.

### **3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Стоимость услуг, оказываемых Исполнителем, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом, размещенном на официальном сайте [www.med-gen.ru](http://www.med-gen.ru).

3.3. Для оплаты лабораторных исследований, проведенных для Потребителей Заказчика согласно настоящего Договора, Исполнитель ежемесячно, не позднее 5-го числа текущего месяца, выставляет Заказчику счет за услуги, оказанные за прошедший месяц, акт и счет-фактуру.

3.4. ЗАКАЗЧИК оплачивает счет в течение 10 банковских дней с даты его получения, с уведомлением ИСПОЛНИТЕЛЯ об оплате в день совершения операции посредством электронной почты.

3.5. Ежеквартально и при окончании срока действия Договора СТОРОНЫ производят выверку взаимных расчетов.

### **4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания и действует в течение года. Если за 30 (Тридцать) дней до истечения срока действия Договора Стороны не сообщили письменно о прекращении действия Договора, он считается продленным на тех же условиях на 1 (Один) год.

4.2. Изменение и расторжение настоящего Договора возможно в следующих случаях:

- по соглашению Сторон, совершенному в письменном виде;
- по инициативе одной из Сторон при условии письменного уведомления другой Стороны не позднее, чем за один месяц до прекращения договора;

### **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1.1. За неисполнение и/или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору

СТОРОНЫ несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.1.2. СТОРОНЫ могут предъявлять взаимные претензии по фактам нарушения норм и правил в течение всего срока действия Договора. При наличии претензий виновная сторона должна в 3-х-дневный срок предъявить мотивированные объяснения, исправить упущения и учесть в последующей работе законные требования, содержащиеся в претензии.

5.1.3. Стороны настоящего договора освобождаются от любой ответственности за частичное либо полное неисполнение принятых на себя обязательств, если такое неисполнение связано с обстоятельствами непреодолимой силы. При этом стороны настоящего Договора понимают под непреодолимой силой последствия стихийных бедствий, пожаров, режимы чрезвычайных положений, в том числе и в экономике, локальные боевые действия, забастовки, вступление в силу законов и нормативных актов при условии, что их исполнение повлечет причинение убытков любой стороне договора при продолжении исполнения своих обязательств.

5.1.4. Возникновение и действие непреодолимой силы в отношении любой стороны данного договора приостанавливает срок его действия, если иное не будет решено сторонами дополнительно.

5.1.5. Сторона договора, попавшая под действие непреодолимой силы, обязана сообщить об этом другой стороне в течение 24 (Двадцати четырех) часов.

5.1.6. Наличие непреодолимой силы устанавливается справкой соответствующего государственного органа.

## **6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

6.1. СТОРОНЫ обязуются соблюдать режим конфиденциальности в отношении любой информации, связанной с настоящим Договором.

Не подлежит разглашению, в частности, информация о факте обращения за медицинской помощью Потребителей ЗАКАЗЧИКА, состоянии их здоровья, диагнозах их заболеваний и иные сведения, полученные при их обследовании и лечении, как составляющие врачебную тайну, охраняемую в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Передача персонифицированных сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях допускается только с письменного согласия Потребителя или его законного представителя.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия пациента или его законного представителя допускается исключительно в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

За разглашение информации, признанной СТОРОНАМИ конфиденциальной, лица виновные в этом несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

## **7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

7.1. Ни одна из СТОРОН не вправе передавать свои права и обязанности по настоящему Договору третьей стороне без письменного согласия на то другой стороны.

7.2. Если одно из положений настоящего Договора становится недействительным, то это не затрагивает действительности остальных положений настоящего Договора. Недействительное положение заменяется другим положением, допустимым в правовом положении.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, в том числе касающиеся положений настоящего договора, требующих взаимного согласия СТОРОН, будут действительны только при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями СТОРОН.

7.4. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон настоящего Договора.

Условия настоящего Договора в обязательном порядке доводятся Заказчиком до сведения Потребителя, которому предполагается оказание медицинских услуг на основании настоящего Договора.

## 8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Все споры, возникающие по настоящему Договору в процессе его исполнения, рассматриваются и разрешаются в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке.

8.2. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

## 9. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:** Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Медико-генетический научный центр».

Адрес: 115522, г. Москва, ул. Москворечье, дом 1, тел. (499) 612-86-07

факс (499) 324-07-02 ОГРН 10277339609480

ИНН 7724181700 КПП 772401001

**Банк получателя:** ГУ Банка России по ЦФО

**ОКТМО:** 45 917 000

**БИК 044525000 Р/сч 40501810845252000079**

Лицевой счет №20736У53930 УФК по г. Москве

КБК 000000000000000000130

**ЗАКАЗЧИК:**

**За ИСПОЛНИТЕЛЯ**

Директор

ФГБНУ «МГНЦ»

\_\_\_\_\_ Куцев С.И.

М.П.

**За ЗАКАЗЧИКА**

\_\_\_\_\_ М.П.

Акт-заявка № \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_ г.

В соответствии с договором \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_ г.  
\_\_\_\_\_ направляет в ФГБНУ «МГНЦ» для проведения исследований  
биологический материал следующих лиц:

№ п/п	Ф.И.О	Проводимое исследование (пункт прейскуранта)	Инф. согласие		Примечания
			на обработку ПД (да/нет)	на мед. вмешательство (да/нет)	

<p>Образцы биологического материала сдал. Представитель _____</p> <p>_____                      _____ подпись                      расшифровка</p> <p>«__» _____ 201_ г.</p>	<p>Образцы биологического материала принял. Представитель ФГБНУ «МГНЦ»</p> <p>_____                      _____ подпись                      расшифровка</p> <p>«__» _____ 201_ г.</p>
--	---

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Я, \_\_\_\_\_ д/рожд. \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в том числе включенные в Перечень, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 г. N 390н (далее - Перечень): 1.Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, проведение генеалогического исследования, предоставление необходимой медицинской документации, фото и видеоматериалов. 2.Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование. 3.Антропометрические исследования. 4.Термометрия. 5.Тонометрия. 6.Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. 7.Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. 8.Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). 9.Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, генетические (со взятием различного биологического материала). 10. Функциональные методы обследования, в том числе ультразвуковое исследование, электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиоотография (для беременных). 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно. 13. Медицинский массаж. 14. Лечебная физкультура, для получения первичной медико-санитарной помощи, проведение генетического исследование образца биологического материала в федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Медико-генетический научный центр» (ФГБНУ «МГНЦ»)

Мне \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество, дата рождения)

Моему ребенку (детям)/опекаемому лицу (лицам) \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество, дата рождения)

\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество, дата рождения)

\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество, дата рождения)

с целью \_\_\_\_\_

Я получил (а) от медицинского работника информацию о генетическом исследовании, в том числе о цели исследования, его информативности, вероятности получения правильного результата и возможных последствия исследования (в том числе, о рисках и возможности практического использования результатов) для меня, моего ребенка (опекаемого лица) и понял(а) ее содержание.

По необходимости проведения исследования (хромосомный микроматричный анализ, выделение ДНК из парафиновых блоков и т.д.) Оператор передает образец биоматериала в другое медицинское, научно-исследовательское, образовательное учреждение с сохранением конфиденциальности персональных данных.

Я в доступной для меня форме получил (а) разъяснения о том, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в том числе включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, а также о возможных последствиях моего отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе включенных в Перечень.

Я проинформирован в соответствии с пунктом 9 статьи 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 г № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» о возможном участии специалистов, обучающихся в ФГБНУ «МГНЦ» в рамках программы практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, в оказании мне (моему ребенку либо опекаемому лицу) медицинской помощи, и о моем праве отказаться от участия обучающихся специалистов в оказании медицинской помощи мне (моему ребенку либо опекаемому лицу).

Я даю свое согласие на участие специалистов, обучающихся в ФГБНУ «МГНЦ» в рамках программы практической подготовки врачей-генетиков в оказании мне/моему ребенку (опекаемому лицу) медицинской помощи.

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил (а) удовлетворившие меня ответы. У меня было достаточно времени для принятия решения. Подписывая данный документ, я соглашаюсь на то, что генетическое исследование будет выполнено в ФГБНУ «МГНЦ» (115522, г. Москва, ул. Москворечье, д. 1):

**Я понимаю**, что во время вмешательства или после него могут появиться непредвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, а также могут возникнуть осложнения. При этом медицинские работники делают все возможное для предотвращения возможных осложнений в соответствии с действующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

**Я предупрежден**, что невыполнение в полном объеме всех рекомендаций медицинского работника может быть причиной осложнений и неблагоприятных последствий медицинского вмешательства.

Я согласен (вычеркнуть ненужное):

- получить информацию о результатах генетического исследования;
- на хранение образца моего биологического материала (образца моего ребенка) в биобанке ФГБНУ «МГНЦ»;
- на предоставление результатов исследования (подчеркнуть): {} только мне {} моему лечащему врачу
- на передачу информации о состоянии моего здоровья (моего ребенка либо опекаемого лица) следующим лицам:

\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество, дата рождения)

\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество, дата рождения)

- на использование результатов генетического исследования моих (моего ребенка либо опекаемое лицо) в исследовательских или образовательных целях (в том числе в научных публикациях), при условии, что *это не приведет к раскрытию личной информации обо мне или моем ребенке либо опекаемом лице*;

- на предоставление дополнительной информации и уточнения данных медицинскими работниками ФГБНУ «МГНЦ»;

**Я могу изменить свое мнение по одному или всем пунктам в любое время и отозвать согласие** путем направления в адрес ФГБНУ «МГНЦ»

соответствующего письменного документа по почте, либо по электронной почте [mgnc@med-gen.ru](mailto:mgnc@med-gen.ru), либо путем вручения его лично представителю ФГБНУ «МГНЦ».

Фамилия, Имя, Отчество \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (подпись)

Телефон \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Я разъяснил условия проведения исследования пациенту (его законному представителю) и ответил на все заданные.

Медицинский работник \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(должность/Фамилия И.О.)

подпись

дата оформления « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ  
на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_ д/рожд. \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество)

Паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, кем и когда выдан \_\_\_\_\_,

Код подразделения \_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152 - ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" ДАЮ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на обработку Федеральным государственным бюджетным научным учреждением «Медико-генетический научный центр» (115522, г. Москва, ул. Москворечье, д. 1) (далее - Оператор) моих персональных данных, персональных данных моего ребенка (опекаемого лица) (ненужное зачеркнуть) \_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество),

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности, в том числе свидетельства о рождении), реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, учебы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию (фотографии и видеоматериалы, СМИ) - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинской помощи (медицинских услуг по договору), осуществления иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора. в процессе оказания Оператором мне/ моему ребенку (опекаемому лицу) медицинской помощи (медицинских услуг по договору).

Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ ПРАВО медицинским работникам (врачам, среднему медицинскому персоналу) передавать мои персональные данные/персональные данные моего ребенка либо опекаемого лица, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования, лечения и внутреннего учета Оператора. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ ОПЕРАТОРУ ПРАВО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ все действия с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение. ОПЕРАТОР ИМЕЕТ ПРАВО обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ОМС/ДМС, договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией - заказчиком медицинских услуг, договору оказания платных медицинских услуг с использованием электронных носителей информации, по каналам связи и (или) документов на бумажных носителях, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну. ОПЕРАТОР ВПРАВЕ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Я уведомлен, что при передаче биологического материала в другое медицинское, научно-исследовательское, образовательное учреждение для проведения исследования конфиденциальность персональных данных сохраняется.

Я ДАЮ СОГЛАСИЕ / НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ (ненужное зачеркнуть) Оператору на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мной номер мобильного телефона), на пересылку информации о состоянии здоровья (результатах обследования и др.) через незащищенные каналы связи (электронная почта), для чего собственноручно пишу адрес электронной почты и телефон, на который разрешаю высылать данные о состоянии здоровья и иные сведения: E-mail: \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

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.

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(Фамилия И.О.)

Сведения в электронную базу данных внесены:

Оператор: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(должность, Фамилия И.О.)

подпись