

Договор составлен в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесенный в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признаний утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012г. №1006».

До заключения договора Исполнитель уведомляет Потребителя (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), 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 здоровья Потребителя.

(фамилия, инициалы)

(подпись)

« ____ » _____ 2023г.

Договор на оказание платных медицинских услуг

г. Уфа

« ____ » _____ 2023г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская клиническая больница № 13 города Уфа (далее - ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа), зарегистрировано в качестве юридического лица в соответствии с Единым государственным реестром № ЮЭ9965-23-101354803 от 18.07.2023 г., выданным Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 39 по Республике Башкортостан, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего(ей) на основании доверенности от « ____ » _____ 20 ____ г., с одной стороны, и гражданин(ка),

(фамилия, имя, отчество физического лица)

именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель» (Заказчик), с другой стороны, а вместе, именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности и согласно Прейскуранту цен (тарифов) на медицинские услуги, а Заказчик (Потребитель) обязуется принять и оплатить оказанные услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.2. Перечень медицинских услуг, оказываемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором, указан в п. 5.1 настоящего Договора.

1.3. Сведения о лицензии ГБУЗ РБ ГКБ №13 г.Уфа на осуществление медицинской деятельности:

Лицензия № Л041-01170-02/00554734 от 24.11.2020, выдана Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, срок действия – бессрочно.

«Платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

«Заказчик» - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

«Потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

«Исполнитель» - медицинская организация независимо от организационно-правовой формы, а также индивидуальный предприниматель, оказывающие платные медицинские услуги в соответствии с договором.

2. Порядок, условия, срок предоставления платных медицинских услуг

2.1. Платные медицинские услуги оказываются Исполнителем при неукоснительном соблюдении лицензионных требований и условий, требований Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей», Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, Федерального закона Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.2. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, а также в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, утвержденными в установленном порядке.

2.3. Платные медицинские услуги оказываются Потребителю согласно перечню работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, осуществление которых разрешено Исполнителю лицензией, в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи по письменному согласию Потребителя и (или) Заказчика.

2.4. Потребитель (Заказчик) подтверждает, что до подписания настоящего Договора Исполнитель уведомил его и предоставил для ознакомления в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- местонахождение, режим работы Исполнителя, основной государственный регистрационный номер и идентификационный номер налогоплательщика Исполнителя;

- адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» Исполнителя (<https://gkb13-ufa.ru/>);

- о лицензии на осуществление медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем указанную лицензию;

- информацию о медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональное образование и квалификации);

- график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, 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;

- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- ознакомил с перечнем платных медицинских услуг и их стоимости;

- сроки ожидания предоставления платных услуг;
- уведомил 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;
- уведомил 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;
- уведомил о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя;
- ознакомил с правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736);
- ознакомил с порядком осуществления видеонаблюдения в целях усиления мер по антитеррористической и пожарной безопасности, осуществления личной безопасности работников и пациентов, контроля качества оказания медицинской помощи.

2.5. Подписав настоящий Договор, Потребитель (Заказчик) подтверждает, что он добровольно согласился на оказание Потребителю медицинских услуг на платной основе.

2.6. Предоставление медицинских услуг осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан и является Приложением № 1 к настоящему Договору, а также согласия на обработку персональных данных.

2.7. Сроки ожидания предоставления медицинских услуг зависит от объема услуг, графика работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, и начинается с момента обращения Потребителя (Заказчика) к Исполнителю и произведенной оплаты услуг. Срок оказания медицинских услуг не может превышать 20 календарных дней со дня обращения Потребителя в медицинскую организацию, за исключением если Потребитель (Заказчик) заявит об оказании услуги в более поздний срок.

2.8. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3. Порядок и условия выдачи медицинских документов (копий медицинских документов, выписок из медицинских документов)

3.1. Исполнитель после исполнения настоящего Договора выдает Потребителю (законному представителю Потребителя) 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.

3.2. Для получения впоследствии копий медицинских документов или выписок из них Потребитель либо его законный представитель вправе представить соответствующий запрос на бумажном носителе (при личном обращении или по почте), либо запрос, сформированный в форме электронного документа, подписанного Потребителем либо его законным представителем с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (далее - Единый портал государственных и муниципальных услуг), единой системы идентификации и аутентификации, федеральных государственных информационных систем в сфере здравоохранения, государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинских информационных систем медицинских организаций и иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг.

Запрос составляется в свободной форме и содержит данные в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 789н (сведения о пациенте: фамилия, имя, отчество (при наличии); реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента; адрес места жительства (места пребывания); почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и (в случае, если имеется) номер контактного телефона, адрес электронной почты (при наличии); сведения о законном представителе; наименования запрашиваемых документов; сведения о способе получения документов; дата подачи запроса и подпись заявителя).

При подаче запроса лично, а также при личном получении копии медицинских документов и выписок из них Потребитель либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель потребителя дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.

В случае выбора способа получения Потребителем (его законным представителем) запрашиваемых документов по почте соответствующие документы направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

В случае отсутствия в запросе необходимых вышеуказанных сведений и (или) документа, подтверждающего статус законного представителя, Исполнитель в письменной или электронной форме информирует об этом Потребителя либо его законного представителя в срок, не превышающий 14 календарных дней со дня регистрации в медицинской организации запроса.

Предоставление Потребителю либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 рабочих дней с момента подачи заявления Заказчиком (Потребителем).

4. Права и обязанности Сторон

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги, указанные в п.5.1 настоящего Договора, в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, в отделении: _____ по адресу: 450112, Респ. Башкортостан, г.Уфа, дом №28, ответственное лицо от Исполнителя- _____.

4.1.2. Оказывать медицинские услуги после внесения Потребителем (Заказчиком) денежных средств, в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

4.1.3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

4.1.4. Предоставить дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям, для устранения угрозы жизни Потребителя, при внезапных острых заболеваниях и осложнениях, без взимания платы.

4.1.5. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

4.1.6. Немедленно извещать Потребителя (Заказчика) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

4.1.7. В случае обнаружения заболеваний у Потребителя, о которых не было известно при подписании Договора, предложить методы дальнейшей диагностики и лечения с учетом имеющихся противопоказаний;

4.1.8. Предупредить Потребителя (Заказчика), если требуются дополнительно оплачиваемые медицинские услуги, которые Исполнитель не вправе оказывать без согласия Потребителя (Заказчика), в противном случае Исполнитель обязан возместить Потребителю (Заказчику) стоимость данных услуг.

4.1.9. Обеспечить режим конфиденциальности при обращении Потребителя за медицинскими услугами и состоянии его здоровья в соответствии с требованиями сохранения врачебной тайны;

4.1.10. Обеспечить Потребителю непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья.

После исполнения договора выдать Потребителю 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.

4.1.11. Поддерживать необходимый санитарно-гигиенический и противоэпидемический порядок на своей территории при оказании медицинских услуг и требовать того же от Потребителя.

4.2. Исполнитель вправе:

4.2.1. При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Потребителю в проведении лечебно-диагностических процедур.

4.2.2. Требовать от Заказчика (Потребителя) предоставления сведений и документов, необходимых для оказания услуг по настоящему Договору.

4.3. Потребитель (Заказчик) обязан:

4.3.1. Оплатить оказанные Исполнителем медицинские услуги до начала их оказания, согласно Прейскуранту цен (тарифов), и в порядке, определенном разделом 5 Договора.

4.3.2. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения на момент заключения настоящего Договора и в течение его действия.

4.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

4.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги.

4.3.5. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия, а также при первой возможности информировать медицинского работника о невыполнении сделанных назначений и причинах этого;

4.3.6. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления алкогольсодержащих напитков, наркотических средств, психотропных препаратов и лекарств их содержащих (за исключением назначенных и согласованных медицинским работником).

4.3.7. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

4.3.8. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

4.3.9. Во время нахождения на территории Исполнителя соблюдать Правила внутреннего распорядка учреждения, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности. Правила размещены на стенде учреждения и на сайте учреждения.

4.3.10. В случае окончательного отказа от медицинских услуг (части услуг), уведомить Исполнителя об этом в письменной форме или дать соответствующую расписку.

4.4. Потребитель имеет право:

4.4.1. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

4.4.2. На выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги.

4.4.3. Отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

4.5. Потребитель дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, а также информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, необходимых для исполнения настоящего договора для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

5. Цена и порядок оплаты услуг

5.1. Стоимость Договора состоит из совокупной стоимости фактически оказанных Потребителю (Заказчику) медицинских услуг.

Перечень и стоимость предоставляемых платных медицинских услуг

Код услуги	Наименование медицинской услуги	Количество предоставляемых услуг	Цена по прейскуранту, за ед. руб.	Сумма к оплате, руб.
Итого стоимость Услуг согласно прейскуранта составляет:				

5.2. Стоимость медицинских услуг определяется по Прейскуранту цен (тарифов) платных медицинских услуг, действующему на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора.

5.2.1. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора.

5.3. При возникновении необходимости (по результатам обследования и лечения) оказания на возмездной основе дополнительных услуг не предусмотренных договором, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Потребителя с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия Потребителя (Заказчика), Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

5.4. Оплата медицинских услуг осуществляется в полном объеме Потребителем (Заказчиком) до начала их оказания в кассе медицинской организации, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

Потребителю (Заказчику) после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

5.5. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренных 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 (Заказчика) удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем (Заказчиком) по настоящему Договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

5.6. В случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

6. Ответственность сторон

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему Договору.

7. Порядок разрешения споров, претензии Сторон

7.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора Стороны вправе решать по возможности путем переговоров, в том числе в претензионном порядке.

7.2. Все претензии оформляются в письменном виде. Заказчик (Потребитель) может направить обращение (жалобу) на бумажном носителе по почте, в электронном виде с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на электронную почту Исполнителя: ufa.gkb13@doctorr.ru. Срок рассмотрения писем, уведомлений или претензий не может превышать 10 (десять) рабочих дней с даты их получения.

7.4. При неурегулировании сторонами спора в досудебном порядке, споры разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8. Порядок изменения и расторжения Договора

8.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

8.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении настоящего Договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

9. Заключительные положения

9.1. Результаты оказанных платных медицинских услуг (медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья, сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях), выполненных работ выдаются лично Потребителю (законному представителю Потребителя) без взимания дополнительной платы после исполнения договора на основании подписанного Сторонами Акта оказанных услуг, выполненных работ.

9.2. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

В случае, если настоящий Договор заключается между Исполнителем и Заказчиком в пользу Потребителя, то настоящий Договор заключается в 3-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика, третий у Потребителя.

9.3 Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами.

9.4. Все приложения и дополнительные соглашения, созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

10. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон

Исполнитель

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Республики Башкортостан
Городская клиническая больница №13 города Уфа**

Юридический адрес: 450112, РБ, г.Уфа, ул. Нежинская, 28.
тел. 8(347) 240-13-13, e-mail: ufa.gkb13@doctorr.ru

ИНН 0273019949, КПП 027301001,
ОГРН 1020202397434,

Банковские реквизиты: Наименование получателя-
Министерство Финансов Республики Башкортостан (ГБУЗ РБ
ГКБ № 13 г. Уфа, л/с 20112041990)

ЕКС 40102810045370000067 в Отделение - НБ Республика

Башкортостан Банка РОССИИ //УФК по Республике

Башкортостан г. Уфа

Номер казначейского счета 03224643800000000100

Подпись:

М.П.

Потребитель (Заказчик)

Фамилия, имя, отчество _____

Адрес места регистрации (жительства) _____

Паспорт серия _____ номер _____

выдан _____

Телефон _____

Подпись: _____

**Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг
Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина
либо законного представителя)

"__" ____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина
либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту
регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании
согласия законным представителем)

"__" ____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании
законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства 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 (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 _____
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)
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".

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. 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), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

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

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его
законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" _ " _____ г.
(дата оформления)

В _____
(наименование медицинской организации)
адрес: _____

**Заявление
о согласии на обработку персональных данных**

Я, _____ (Ф.И.О. субъекта персональных данных), "___" _____ года рождения, проживающий по адресу: _____, паспорт: серия _____ N _____, выдан "___" _____ г. _____, руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", даю согласие _____ (наименование и адрес медицинской организации) (далее - Оператор) в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с п. п. 3, 4 ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" оператор имеет право на обработку персональных данных, если она:

- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;

- осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

_____/_____"___"_____"_____"_____" г.
(подпись, Ф.И.О.)

Согласие получено "___" _____ г.

Уполномоченный представитель медицинской организации: _____/
(подпись, Ф.И.О.)