

Договор на оказание платных медицинских услуг № _____

г. Волгоград _____ 201__ г.

Государственное учреждение здравоохранения «Клиническая поликлиника № 28», Лицензия серия ЛО-34-01-002896 от 10.03.2016г. на осуществление медицинской деятельности, свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 34 №001285176 от 10.03.2003г., зарегистрированное Инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по Дзержинскому району г.Волгограда, в лице главного врача **Титовой Елены Анатольевны**, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», с одной стороны, и законный представитель ПАЦИЕНТА _____ (ФИО), (дата рождения), именуемый(ая) в дальнейшем «ЗАКАЗЧИК», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется оказать ПАЦИЕНТУ на возмездной основе медицинские услуги, разрешенные на территории Российской Федерации; _____ ПАЦИЕНТ обязуется выполнять требования ИСПОЛНИТЕЛЯ, направленные на обеспечение качественного предоставления услуг. ЗАКАЗЧИК обязуется сообщить необходимую для оказания медицинских услуг информацию и оплатить стоимость оказываемых услуг ИСПОЛНИТЕЛЯ.

1.2. Стоимость оказываемых услуг платных медицинских услуг оплачивается в соответствии с Прейскурантом на медицинские услуги ИСПОЛНИТЕЛЯ.

1.3. Заключая настоящий Договор ЗАКАЗЧИК проинформирован, что ПАЦИЕНТ, являясь гражданином Российской Федерации, имеет право на бесплатную медицинскую помощь и может реализовать свое право через программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи при наличии у него полиса ОМС; ЗАКАЗЧИК согласен, что получение медицинских услуг будет выполнено на платной основе:

- при желании, на основании добровольной инициативы
- при желании получить медицинскую услугу вне очереди
- при отсутствии полиса ОМС,
- при применении лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов
- не предусмотрены программой ОМС (нужное подчеркнуть)

1.4. Настоящий Договор ЗАКАЗЧИК заключил, находясь в здравом уме, ясной памяти и действует на основании добровольной инициативы, имея достаточно времени для принятия осознанного решения, без давления и принуждения с чьей-либо стороны, выбрал услугу(у) и порядок ее оказания, установленный настоящим Договором и приложениями к нему.

1.5. Вся необходимая информация об оказываемых платных медицинских услугах ЗАКАЗЧИКОМ получена полностью.

1.6. ИСПОЛНИТЕЛЬ оказывает медицинские услуги по месту нахождения ИСПОЛНИТЕЛЯ либо по предварительной договоренности по месту нахождения ЗАКАЗЧИКА (ПАЦИЕНТА). Предоставление услуг происходит согласно режиму и порядку работы ИСПОЛНИТЕЛЯ.

1.7. ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе привлекать третьих лиц для оказания медицинских услуг по настоящему Договору, оставаясь ответственным перед ЗАКАЗЧИКОМ за действия таких лиц, использовать по своему усмотрению любые разрешенные на территории РФ методы и средства, самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания медицинской услуги.

1.8. ИСПОЛНИТЕЛЬ осуществляет медицинскую деятельность на основании лицензии № ЛО-34-01-002896 от 10 марта 2016 года, выданной Комитетом здравоохранения Волгоградской области (400001. г. Волгоград, ул.Рабоче-Крестьянская,16, тел: 30-82-85, 30-82-83, 30-82-80), на оказание 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: акушерскому делу, вакцинации (проведению профилактических прививок), лабораторной диагностике, лабораторному делу, лечебной физкультуре, медицинской статистике, медицинскому массажу, неотложной медицинской помощи, организации сестринского дела, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике, эпидемиологии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведение профилактических прививок); педиатрии, неотложной медицинской помощи, терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), аллергологии и иммунологии,- гастроэнтерологии, гематологии, дерматовенерологии, детской кардиологии, детской хирургии, детской эндокринологии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, колопроктологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине; неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, профпатологии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии, медицинской статистике, эпидемиологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских освидетельствований по: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Права и обязанности ЗАКАЗЧИКА:

2.1.1. ЗАКАЗЧИК имеет право:

ознакомиться со следующей информацией и документами: Свидетельством о государственной регистрации; лицензией на осуществление медицинской деятельности; режимом работы ИСПОЛНИТЕЛЯ; Прейскурантом и иными документами в соответствии с требованиями Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей», «Основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. №323-ФЗ;

- получить имеющуюся информацию от ИСПОЛНИТЕЛЯ о состоянии здоровья ПАЦИЕНТА, сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе, возможных методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях по предварительному письменному запросу при условии проведения ИСПОЛНИТЕЛЕМ всех необходимых для этого исследований и по их окончании;

- отказаться до момента оказания платной медицинской услуги от её получения и вернуть оплаченную сумму, если такая была оплачена, с возмещением ИСПОЛНИТЕЛЮ фактических затрат, которые он понес при подготовке по оказанию этой услуги;
- на возмещение вреда, в случае недобросовестного оказания медицинской услуги, если вина ИСПОЛНИТЕЛЯ будет доказана;
- получить от ИСПОЛНИТЕЛЯ все необходимые документы для оформления в последующем в налоговых органах соответствующих вычетов.

2.1.2. Информация, содержащаяся в медицинских документах ПАЦИЕНТА, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия ЗАКАЗЧИКА только по основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

2.1.3. ЗАКАЗЧИК предоставляет добровольное согласие на оказание платной медицинской услуги, на медицинское вмешательство, в отношении ПАЦИЕНТА. ЗАКАЗЧИК имеет право отказаться от медицинского вмешательства в отношении ПАЦИЕНТА. Отказ ЗАКАЗЧИКА от медицинского вмешательства оформляется записью в медицинской документации и подписывается ЗАКАЗЧИКОМ.

2.1.4. ЗАКАЗЧИК обязан:

- информировать ИСПОЛНИТЕЛЯ до оказания медицинских услуг ребенку о всех перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях, а также сообщить любую другую информацию, относящуюся к здоровью ПАЦИЕНТА. При сокрытии ЗАКАЗЧИКОМ информации, имеющее важное значение для разработки курса лечения, ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности по требованиям Заказчика о возмещении убытков, причиненных здоровью ПАЦИЕНТА;
- надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора, оплачивать оказанные ИСПОЛНИТЕЛЕМ медицинские услуги;
- своевременно информировать ИСПОЛНИТЕЛЯ о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению ЗАКАЗЧИКОМ настоящего Договора, бережно относиться к имуществу Исполнителя.

2.2. Права и обязанности ИСПОЛНИТЕЛЯ

2.2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе предоставлять ПАЦИЕНТУ медицинские услуги, с соблюдением всех требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

2.2.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право отказать в предоставлении медицинских услуг:

- когда оказание медицинских услуг не предусмотрено Прейскурантом ИСПОЛНИТЕЛЯ;
 - когда услуга временно не производится;
 - при выявлении у Пациента заболевания, лечение которого возможно лишь в специализированных медицинских учреждениях;
 - в случае, если медицинское вмешательство, по мнению врача, сопряжено с неоправданным риском причинения вреда здоровью или угрожает его жизни;
 - в случае несоблюдения и невыполнения ПАЦИЕНТОМ рекомендаций и правил подготовки к оказанию услуги;
 - в случае, если ПАЦИЕНТ не явился в назначенное время и место получения услуги;
- в случае неполучения от ЗАКАЗЧИКА добровольного согласия на оказание платной медицинской услуги (Приложение 1), на медицинское вмешательство (Приложение 2), являющиеся неотъемлемой частью договора.

2.2.3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения медицинской услуги, ИСПОЛНИТЕЛЬ в праве назначить другого врача. ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе отсрочить оказание услуг на более поздний срок, предварительно уведомив об этом ЗАКАЗЧИКА.

2.2.4. ИСПОЛНИТЕЛЬ в праве информировать ЗАКАЗЧИКА о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения, ознакомить с рекомендованным планом лечения.

3. Стоимость услуг и порядок оплаты

3.1 Стоимость предоставляемых медицинских услуг определяется Прейскурантом ИСПОЛНИТЕЛЯ и составляет: _____ руб. _____ коп. (_____).

3.2 Заказчик оплачивает оказанные услуги в рублях путем внесения наличных денежных средств в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ в соответствии с Прейскурантом ИСПОЛНИТЕЛЯ, действующим на момент оказания услуг.

4. Ответственность Сторон

4.1 За невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством РФ.

4.2 ЗАКАЗЧИК осведомлен о том, что в ряде случаев может возникнуть необходимость повторного (иногда неоднократного) приёма. Решение о необходимости повторного обращения принимается ИСПОЛНИТЕЛЕМ. ЗАКАЗЧИК может отказаться от повторного приёма.

4.3 ИСПОЛНИТЕЛЬ не несёт ответственности за результаты оказания медицинских услуг в случае несоблюдения ЗАКАЗЧИКОМ рекомендаций по лечению и совершения им иных действий, направленных на ухудшение здоровья ПАЦИЕНТА, а также, в случаях медицинского вмешательства третьих лиц, после оказания услуг ИСПОЛНИТЕЛЕМ.

4.4 ИСПОЛНИТЕЛЬ не несёт ответственности

- если до оказания медицинской услуги ЗАКАЗЧИК не исполнил обязанность по информированию врача об аллергических реакциях, противопоказаниях, перенесённых заболеваниях, если неэффективность оказанной медицинской услуги или причинённый вред явились следствием отсутствия у врача такой информации;
- при возникновении осложнений, о возможности которых ЗАКАЗЧИК был предупреждён до оказания медицинской услуги;
- за наступление побочных эффектов от применения лекарственных средств и препаратов, на возможность наступления которых изготовитель таких лекарственных средств и препаратов указывал в аннотации к ним;
- за ухудшение состояния здоровья Пациента, возникшего после оказания медицинской услуги, но не вследствие ее;
- за дальнейший ход лечения в случае нарушения Заказчиком своих обязанностей.

4.5 В случае причинения ущерба имуществу ИСПОЛНИТЕЛЯ ЗАКАЗЧИК обязан возместить причинный ущерб в полном объёме.

4.6 Обязан соблюдать рекомендации, данные ИСПОЛНИТЕЛЕМ, выполнять назначенные процедуры в установленные ИСПОЛНИТЕЛЕМ сроки. Достижение эффективности лечения возможна только при таких условиях. Несоблюдение ЗАКАЗЧИКОМ условий настоящего пункта Договора, в результате чего лечение оказалось неэффективным, лишает ЗАКАЗЧИКА предъявлять ИСПОЛНИТЕЛЮ претензии, а также требовать возврата денежных средств.

4.7 ИСПОЛНИТЕЛЬ не отвечает:

- за несоответствие ожиданий ЗАКАЗЧИКА результатам оказанных услуг;
- за любой ущерб, в том числе, моральный от несоответствия ожиданий ЗАКАЗЧИКА результатам оказанных услуг;
- не обещает и не гарантирует, соответствия результата от полученной ПАЦИЕНТОМ услуги ожидаемому результату;
- не даёт никаких заверений или гарантий относительно устранения каких-либо проблем и/или их последствий, отмеченных ЗАКАЗЧИКОМ.

Третьи лица, с которыми ИСПОЛНИТЕЛЬ сотрудничает в соответствии с договорами, не предоставляют никаких явных или подразумеваемых гарантий, или условий в отношении ожидаемого ЗАКАЗЧИКОМ результата.

4.8 ИСПОЛНИТЕЛЬ освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если это неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

4.9 В остальных случаях стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5. Порядок изменения и расторжения договора

5.1 В случае отказа ЗАКАЗЧИКА после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается по инициативе ЗАКАЗЧИКА, при этом ЗАКАЗЧИК обязан оплатить ИСПОЛНИТЕЛЮ фактически понесенные ИСПОЛНИТЕЛЕМ расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

5.2 Отказ от исполнения обязательств по Договору возможен по инициативе одной из сторон в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств.

5.3 Возврат денежных средств за услуги, не оказанные ЗАКАЗЧИКУ, осуществляется в течение 10-ти банковских дней с момента подачи ЗАКАЗЧИКОМ письменного заявления о прекращении Договора.

5.4 Настоящий Договор может быть изменен по соглашению Сторон. Все изменения и дополнения к настоящему Договору должны быть совершены в письменной форме.

5.5 Все споры и разногласия, которые могут возникнуть по настоящему Договору или в связи с ним, Стороны будут стремиться решить путем переговоров и обменом письменными претензиями. Соблюдение претензионного порядка разрешения споров по настоящему Договору является обязательным для Сторон.

5.6 Все претензии о неисполнении, либо ненадлежащем исполнении другой Стороной условий настоящего Договора, Стороны оформляют в письменном виде и направляют друг другу по почте заказными письмами с уведомлением о вручении, либо доставляют с курьером и вручают под роспись уполномоченным представителям Сторон. Ответ на письменные претензии потерпевшей Стороны другая Сторона должна предоставить в течение 10 (Десяти) дней с момента получения претензии. Претензия должна быть обоснована и сопровождаться подтверждающими документами, если это вытекает из сущности требования.

5.7 В случае невозможности разрешения спорных вопросов в досудебном порядке спор передается на разрешение в суд Российской Федерации. По соглашению Сторон устанавливается договорная подсудность рассмотрения споров по искам учреждения к Заказчику судом общей юрисдикции по месту нахождения учреждения.

5.8 Изменение и расторжение договора возможны по соглашению сторон, в соответствии с п. 1 ст. 450 ГК РФ.

5.9 В случае расторжения договора по инициативе ЗАКАЗЧИКА, оплата за медицинские услуги и/или исследования, которые уже были выполнены, возврату не подлежит.

6. Прочие условия

6.1 Настоящий договор заключен в 2-х экземплярах по одному для каждой из сторон. Стороны согласовали, что подписание данного договора ИСПОЛНИТЕЛЕМ возможно при помощи факсимильного воспроизведения подписи в соответствии с п.2, ст. 160 ГК РФ.

6.2 В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.

6.3 В случае невозможности разрешения споров или разногласий путем переговоров, они могут быть переданы инициативной стороной в суд по месту нахождения ИСПОЛНИТЕЛЯ. Применимое право в суде - действующее законодательство РФ.

Приложение №1 к договору № _____ от _____ 201__ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.

Я, **(Ф.И.О. гражданина** полностью), карта Пациента № _____ рамках договора о предоставлении платных медицинских услуг, желаю получить медицинские услуги в "Клинической поликлинике №28" лицензия № ЛО-34-01-002896 от 10.03.16г.

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получил(а) от сотрудников учреждения здравоохранения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данном учреждении в рамках программы государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи и даю свое согласие на предоставление мне платных медицинских услуг.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько или целый комплекс платных медицинских услуг.

3. Мне разъяснено, и я полностью осознаю, что проводимое мне лечение не гарантирует 100% результат и что как при предоставлении медицинских услуг, так и после их предоставления, возможны различные осложнения, обусловленные индивидуальными биологическими особенностями организма.

4. Я полностью согласен(а) с тем, что используемая при моём лечении технология не может на 100% исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма, и в том случае, если предоставленная медицинская услуга была осуществлена с учетом всех необходимых требований, учреждение здравоохранения не несет ответственности за и возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения, я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей учреждения здравоохранения.

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения, и по согласованию с врачом были выбраны(а) следующие виды медицинских услуг, которые я желаю получить на платной основе: - _____ 1 шт.

7. Я ознакомлен(на) с действующим в учреждении здравоохранения прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласен(на) оплатить стоимость медицинской(их) услуг(и) в соответствии с ним.

8. Виды выбранных мною и согласованных с врачом платных медицинских услуг я согласен(на) оплатить в кассу учреждения здравоохранения либо безналичным перечислением на лицевой счет учреждения в сумме _____ РУБЛЕЙ ____ КОПЕЕК.

9. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных заведениях, и подтверждаю своё согласие на получение указанной(ых) медицинской(их) услуг(и) в данном учреждении здравоохранения.

10. Настоящее информированное согласие мной внимательно прочитано, претензий и замечаний к данному мною информированному согласию не имеется, в связи с чем я даю согласие на проведение вышеуказанных медицинских услуг.

Подпись (Ф.И.О. ПАЦИЕНТА полностью) _____

Ф.И.О. полностью

личная подпись

Приложение №2 к договору № ____ от _____ 201__ г.

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

(Приложение 2 к Приказу Минздрава России от 20 декабря 2012 г. №1177н)

Я, (Ф.И.О. гражданинаГ. рождения, зарегистрированному по адресу: (адрес места жительства гражданина)

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 медицинских организаций для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082) (далее - Перечень) для получения первичной медико-санитарной помощи в **Государственном учреждении здравоохранения «Клиническая поликлиника № 28»** Медицинским работником

_____ (полное наименование медицинской организации)

_____ (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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (Приложение к приказу Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390н)

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
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.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование, артериальное давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. И. 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, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

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

(подпись) (Ф.И.О. гражданина)

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

Приложение №3 к договору № _____ от _____ 201__ г

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, (Ф.И.О. гражданина полностью), в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ГУЗ «Клиническая поликлиника № 28» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется штатным сотрудником Оператора, допущенным к обработке персональных данных в соответствии с действующим законодательством.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их на электронные базы данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС и ДМС. Я предоставляю Оператору право передавать мои персональные данные в интересах моего обследования и лечения другим должностным лицам Оператора, ГБУЗ "ВОМИАЦ" для хранения (без права ознакомления) и дальнейшей передачи сведений в медицинские организации, оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю "акушерство и гинекология" с целью решения вопроса о диспансерном наблюдении девушек и женщин фертильного возраста врачом-акушером-гинекологом и организации своевременной прегравидарной подготовки при необходимости.

Оператор имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными во исполнение своих обязательств перед страховыми медицинскими организациями в системе ОМС и ДМС и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной « _____ » _____ 20 _____ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мною 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 течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных: _____