До заключения договора Исполнитель уведомляет Заказчика/Потребителя о том, что в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", обязан соблюдать режим лечения и Правила внутреннего распорядка для потребителей услуг (пациентов) ОГБУЗ «Томаровская РБ». 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 Заказчика/Потребителя. До заключения договора Заказчик/Потребитель ознакомлен с Прейскурантом поликлиники, Положением о гарантийных сроках и сроках службы на услуги, Порядком оказания платных медицинских услуг, расположенных на сайте поликлиники, информационном стенде в регистратуре поликлиники. Заказчик/Потребитель проинформирован 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. Выбор платных медицинских услуг является осознанным и добровольным. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_года (подпись) (расшифровка подписи)

Договор о предоставлении платных медицинских услуг № \_\_\_\_

п. Томаровка «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_ года

**Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Томаровская районная больница им. И.С. Сальтевского»** (ОГБУЗ «Томаровская РБ»), Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01154-31/00326668 от «27» ноября 2019 г., выданной Министерством здравоохранения Белгородской области (308000, г. Белгород, Народный бульвар, д. 34А, тел.8 (4722) 32-05-64), ОГРН 1023101456047 выдан Межрайонной инспекцией ФНС №2 по Белгородской области 13.11.2012 г. в лице главного врача Сучалкина Евгения Борисовича, действующий на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО Потребителя, дата рождения, паспортные данные) анонимно (данные вносятся со слов Потребителя, Представителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый(ая) в дальнейшем Потребитель», с другой стороны, далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель оказывает Потребителю по его выбору и с его информированного согласия платные медицинские услуги согласно действующему прейскуранту (далее – медицинские услуги), а Потребитель обязуется оплатить оказываемые ему медицинские услуги.

1.2. Перечень, наименование, количество, цена, стоимость оказания медицинских услуг, предоставляемых Потребителю, соответствует Прейскуранту Исполнителя, действующем на дату составления настоящего договора (Приложение № 1 к Договору), является неотъемлемой частью Договора.

1.3. Медицинские услуги предоставляются Потребителю по адресу: 309070, Белгородская область, Яковлевский район, п. Томаровка, ул. Магистральная, д. 86.

2. УСЛОВИЯ И СРОКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором предоставляются с учетом условий, определенных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006".

2.2. Перечень медицинских услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в Поликлинике, является общедоступным и размещен для ознакомления на сайте Исполнителя, доступен Потребителю для ознакомления на информационных стендах Поликлиники Исполнителя.

2.3. Медицинские услуги оказываются Потребителю в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, определяющим правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, информация о которых размещена на сайте Поликлиники и на информационных стендах в Поликлинике.

2.4. Медицинские услуги оказываются в течение срока действия настоящего Договора в соответствии с режимом работы Поликлиники и графиком работы медицинских работников Исполнителя, участвующих в оказании медицинских услуг.

2.5. Информация о режиме работы Поликлиники является общедоступной и размещена на сайте Поликлиники и на информационных стендах Исполнителя в Поликлинике. График работы специалистов Исполнителя размещен на сайте Поликлиники, на информационных стендах Поликлинике, а также сообщается Потребителю регистратором.

2.6. Исполнитель предоставляет Потребителю возможность ознакомиться с правами и обязанностями Сторон договора, предусмотренными Федеральными законами РФ "Об основах охраны здоровья граждан РФ", "О защите прав потребителей", Правилами предоставления платных медицинских услуг, перечнем платных услуг и их стоимости по Прейскуранту, с методами оказания медицинской помощи, связанные с ними рисками, видами медицинского вмешательства, их последствиями и ожидаемыми результатами оказания медицинской помощи, сроками ожидания предоставления платных медицинских услуг, информирует о квалификации медицинских работников, оказывающих платные медицинские услуги, предоставляет информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти. Данные сведения являются общедоступными и размещены на сайте Поликлиники и информационных стендах Исполнителя в Поликлинике.

2.7. Исполнитель приступает к оказанию услуг после подписания настоящего договора Сторонами, информированного добровольного согласия на оказание медицинских услуг (Приложение №2), оплаты Потребителем цены услуг в предусмотренном Договором порядке.

2.8. Медицинские услуги оказываются в день обращения или в назначенный день, и завершаются в срок, предусмотренный и согласованный Сторонами планом лечения, с учетом клинических рекомендаций.

2.9. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

2.10. Медицинские услуги Потребителю оказываются Исполнителем в пределах своих возможностей, исходя из объективного состояния здоровья Потребителя на момент обращения.

2.11. Исполнителем после исполнения договора Потребителю по обращению выдаются 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, используемых при предоставлении платных медицинских услуг.

2.12. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2.13. В случае отсутствия соответствующих возможностей у Исполнителя для оказания предусмотренных договором услуг Потребитель, с его согласия, направляется в другие специализированные медицинские учреждения.

2.14. В случае отказа Потребителя, после заключения договора, от получения медицинских услуг, договор расторгается на основании письменного заявления. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

2.15. Сроки ожидания предоставления медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 настоящего Договора составляют от 0 до 14 дней в зависимости от вида оказываемой услуги.

3. ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ

3.1. Оказывать медицинские услуги в объеме и в сроки, предусмотренные планом лечения и (или) дополнительным соглашением к настоящему договору, согласованные Сторонами, в соответствии с действующими на территории Российской Федерации стандартами и порядками, профессиональной квалификации и критериями качества медицинской помощи.

3.2. С письменного согласия Потребителя проводить клинические обследования и, на основании установленного диагноза, составить рекомендуемый план лечения.

3.3. Назначать врача, соответствующей специализации для проведения лечения, в соответствии с медицинскими показаниями. В случае непредвиденного отсутствия врача, который должен осуществлять прием в назначенный день, Исполнитель вправе, с согласия Потребителя, назначить другого врача для проведения лечения.

3.4. По требованию Потребителя предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения: – порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг; – информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); – информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; – другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.

3.5. Предоставить Потребителю по его требованию и в доступной для него форме информацию: о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; – об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, копии медицинских документов (выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг; копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения), справку об оплате медицинских услуг по установленной форме. Запрашиваемые документы предоставляются Потребителю без взимания дополнительной платы в течение 5 рабочих дней со дня поступления заявления Исполнителю о предоставлении указанных документов.

3.6. Соблюдать врачебную тайну, конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

3.7. Вести медицинскую документацию в установленном порядке, обеспечить Потребителю возможность непосредственного ознакомления с материалами и заключениями о ходе оказания услуг по его требованию.

4. ПРАВА ИСПОЛНИТЕЛЯ

4.1. Самостоятельно определять характер, объем, последовательность обследования, профилактики и лечения, руководствуясь законодательством Российской Федерации, соответствии с порядками оказания медицинской помощи; на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи и плана лечения, составленного медицинским работником, оказывающим медицинские услуги.

4.2. Получать от Потребителя любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему договору.

4.3. Требовать от пациента бережного отношения к имуществу Исполнителя и соблюдения им Правил внутреннего распорядка медицинской организации.

4.4. Требовать своевременной оплаты услуг, оказанных Потребителю по настоящему договору.

4.5. Исполнитель имеет право приостановить оказание медицинских услуг в случаях выявления у Потребителя острой психиатрической, фтизиатрической, инфекционной патологии, состояния алкогольного или наркотического опьянения, отказа Потребителя от проведения медицинских процедур, невыполнения им назначений и рекомендаций медицинского работника, несоблюдения лечебного режима.

4.6. По желанию Потребителя привлекать другие медицинские организации, медицинские лаборатории для оказания услуг по дополнительным обследованиям.

5. ОБЯЗАННОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЯ

5.1. До подписания настоящего Договора, ознакомиться с информацией, непосредственно связанной с исполнением условий настоящего договора, Положением о гарантийных обязательствах, действующим Прейскурантом, Правилами внутреннего распорядка для потребителей услуг (пациентов).

5.2.Потребитель обязан информировать медицинского работника, оказывающего платные медицинские услуги, о данных предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения, подписать информированное добровольное согласие, добровольное согласие на медицинское и стоматологическое вмешательство, предоставлять необходимые документы для оформления медицинской документации. При предоставлении вышеуказанных документов (сведений), по содержанию которых не представляется возможным определить, к какому конкретному лицу они относятся (в случае удаления персональных данных, позволяющих идентифицировать личность, из указанных документов),Потребитель настоящим подтверждает, что предоставил Исполнителю сведения (медицинские документы, копии медицинских документов), содержащие сведения о состоянии своего здоровья, данные исследований и консультаций специалистов, сведения о полученном ранее лечении и т.п., относятся именно к Потребителю.

5.3. Потребитель должен явиться на прием в назначенное время, в случае отсутствия возможности известить медицинского работника, оказывающего медицинские услуги, по телефону: 8 (47244) 5-09-68, выполнять назначения и рекомендации медицинского работника, соблюдать лечебный режим, своевременно сообщать обо всех изменениях в состоянии здоровья, связанных с получаемой медицинской услугой.

5.4. Потребитель подтверждает, что до заключения Договора Исполнитель в письменной форме уведомил его 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.

5.5. Выполнять Правила внутреннего распорядка для потребителей услуг (пациентов), требования и предписания медицинского персонала как необходимые условия предоставления качественной медицинской помощи. Не совершать действий, заведомо наносящих вред здоровью и бережно относиться к имуществу Исполнителя.

5.6. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

5.7. Оплачивать оказанные ему услуги в полном объеме в соответствии с условиями настоящего Договора.

6. ПРАВА ПОТРЕБИТЕЛЯ

6.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, состоянии зубочелюстной системы и проведенном лечении.

6.2. Получать информацию об объеме, стоимости и результатах предоставленных медицинских услуг.

6.3. В любое время отказаться от лечения, расторгнув договор, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов.

6.4. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

6.5. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, стоматологическое вмешательство и отказ от вмешательства или услуги.

6.6. На возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании медицинской услуги, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

6.7. Потребитель дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, соответствии с Федеральным законом "О персональных данных от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ, необходимых для исполнения настоящего Договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

6.87. Пользоваться всеми правами, предоставленными ему действующим Законодательством Российской Федерации.

7. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

7.1. Перечень предоставления медицинских услуг и их стоимость, определяется на основании плана лечения, согласно действующему прейскуранту. Окончательная стоимость услуг указывается в Акте выполненных работ, который подписывается сторонами (Приложение № 2 к Договору).

7.2. Оплата медицинских услуг производится путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или в безналичном порядке, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя в день оказания медицинских услуг или в срок, согласованный Сторонами в Плане лечения и (или) дополнительном соглашении.

7.3. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию Потребителя или Исполнителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение №3).

7.4. В случае невозможности исполнения Услуг в связи с форс-мажорными обстоятельствами, возникшими помимо воли и желания Сторон, и которые нельзя предвидеть или избежать, Потребитель возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

7.5. В случае внесения Потребителем 100% аванса и одностороннего отказа Потребителя от продолжения лечения, Исполнитель возвращает денежные средства за не оказанные услуги, за исключением фактически понесённых им затрат.

7.6. Оплату фактически оказанных Исполнителем Потребителю медицинских услуг, в случае досрочного расторжения настоящего Договора по основаниям, указанным в п. 9.2 Договора, Потребитель обязан произвести в течение 3 рабочих дней со дня расторжения Договора.

7.7. Дополнительные услуги оплачиваются на основании подписанного Сторонами Акта выполненных работ в день оказания таких услуг.

7.8. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).

8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

8.1. Исполнитель несет ответственность за качество предоставляемых медицинских услуг и выбор методов лечения в соответствии с действующим законодательством.

8.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8.3. Исполнитель обязан хранить в тайне информацию, содержащуюся в медицинской документации Потребителя, руководствуясь Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

8.4. Сторона, считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, обязана направить другой Стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее не позднее 10 календарных дней с момента ее получения (ст. 22 Закона "О защите прав потребителей").

8.5. Потребитель вправе предъявлять требования, связанные с недостатками оказанной услуги (выполненной работы), если они обнаружены в течение гарантийного срока, а при его отсутствии в разумный срок, не превышающий двух лет со дня принятия оказанной услуги (выполненной работы) (абз. 2 п. 3 ст. 29 Закона "О защите прав потребителей"). Претензии Пациента об устранении недостатков оказанной услуги, удовлетворении отдельных требований, отказе от исполнения договора, о сроке устранения недостатков оказанной услуги удовлетворяются Исполнителем в соответствии с требованиями статей 27-31 Закона о защите прав потребителей.

8.6. 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.

8.7. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Потребителем по поводу срока оказания услуги, качества оказанной услуги спор разрешается путем переговоров между сторонами. Если в процессе переговоров стороны не придут к компромиссу, спор разрешается в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

9.1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

9.2. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, в судебном порядке, а Потребителем также в любое время в одностороннем порядке при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по договору.

9.3. Прекращение и расторжение договора возможно по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

9.4. Расторжение настоящего Договора производится путем направления одной Стороной другой Стороне письменного заявления о расторжении договора за 10 календарных дней до даты расторжения.

10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

10.1. Настоящий договор составлен в 2 (двух) (по необходимости в 3(трех)) экземплярах, для каждой из Сторон, имеющих равную юридическую силу, вступает в силу с момента его подписания и действует до полного выполнения сторонами своих обязательств. Все изменения и дополнения к настоящему договору действительны в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

10.2. Медицинская карта Потребителя существует в единственном экземпляре и хранится у Исполнителя. Выдача выписок из медицинской карты, предоставление копий медицинских документов, осуществляется Исполнителем по письменному заявлению Потребителя или его законного представителя, или иному доверенному лицу, при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

10.3. Стороны признают, что со стороны Исполнителя Договор подписывается факсимильной подписью главного врача и имеет равную юридическую силу подлинной подписи главного врача.

10.4. Исполнитель обеспечивает хранение настоящего договора в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации.

10.5. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

**АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  ОГБУЗ «Томаровская РБ»  309085, Белгородская обл., Яковлевский район, п. Томаровка, ул. Магистральная 86  ИНН 3121000579 КПП 312101001  ОГРН 1023101456047  л/с 20266022862  КБК 80909010000000000132  Казн. счет 03224643140000002600 р/с 40102810745370000018 Отделение Белгород //УФК по Белгородской области г Белгород БИК 011403102  Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е.Б. Сучалкин | **Пациент:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) |

Приложение № 1

к Договору №

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. (дата оформления)

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

Зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(вид документа, № документа, когда и кем выдан)

в соответствии с требованиями ст.9 ФЗ от27.07.06 «О персональных данных»№152-ФЗ, даю согласие на обработку моих персональных данных ОГБУЗ «Томаровская РБ», (далее оператор),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 лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные 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).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 название[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. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара), пять лет (для поликлиники).Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия .Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись расшифровка подписи

« \_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Приложение № 2

к Договору №

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года

**Информированное добровольное согласие на виды**

**медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных**

**видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают**

**информированное добровольное согласие при выборе врача**

**и медицинской организации для получения первичной**

**медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина),"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Томаровская районная больница им. И.С. Сальтевского" (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

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

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

Приложение № 2

к Договору №

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года

**Информированное добровольное согласие на виды**

**медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных**

**видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают**

**информированное добровольное согласие при выборе врача**

**и медицинской организации для получения первичной**

**медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина),"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения " Томаровская районная больница им. И.С. Сальтевского " (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

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

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

Приложение № 1

к Договору №

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. (дата оформления)

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

Зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(вид документа, № документа, когда и кем выдан)

в соответствии с требованиями ст.9 ФЗ от27.07.06 «О персональных данных»№152-ФЗ, даю согласие на обработку моих персональных данных ОГБУЗ «Томаровская РБ», (далее оператор),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 лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные 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).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 название[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. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара), пять лет (для поликлиники).Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия .Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись расшифровка подписи

« \_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.