

Утверждаю _____
Главный врач ГБУЗ «ГКБ №31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ»
Н.М. Ефремова
Приложение №10 к Положению о порядке и условиях предоставления платных услуг.
Утверждено Приказом № 01-08/64 от 31.01.2024г.



ФОРМА ДОГОВОРА на оказание платных сервисных услуг (с физическим лицом)

г. Москва

« _____ » _____ 20__ года

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 31 имени академика Г.М. Савельевой Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГКБ № 31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ»), находящееся по адресу: 119415, г. Москва, ул. Лобачевского, д. 42, стр.1.2.3.4.6 имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности от «26» февраля 2019 года г. № Л041-01137-77/00368500, выданную Департаментом здравоохранения города Москвы, находящимся по адресу: Оружейный переулок, д. 43, Москва, 127006, тел. (499) 251-83-00, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Главного врача Ефремовой Натальи Михайловны, действующей на основании Устава с одной стороны, и

(указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) гражданина)

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

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В рамках настоящего Договора Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя, оказывает Потребителю сервисные услуги с «_____» _____ года по «_____» _____ года в соответствии с перечнем платных сервисных услуг, определяемым на основании Прейскуранта на платные услуги, оказываемые населению в ГБУЗ «ГКБ №31 им. академика Г.М.Савельевой ДЗМ», утвержденного в установленном порядке и действующего на момент заключения настоящего Договора (далее — Прейскурант), а Потребитель оплачивает сервисные услуги. Содержание, объем и стоимость сервисных услуг, оказываемых по настоящему Договору, определяются Перечнем сервисных услуг, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение № 1).

1.2. Подписывая настоящий Договор, Потребитель, действуя свободно, своей волей, в своих интересах, понимая значение своих действий, дает добровольное согласие на оказание сервисных услуг на возмездной основе.

1.3. В случае невозможности выполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору, возникшей по вине Потребителя, оплата сервисных услуг осуществляется Потребителем в объеме фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Права Исполнителя:

2.1.1. Отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке в случае неоплаты (частичной оплаты) Потребителем сервисных услуг, предусмотренных настоящим Договором.

2.1.2. В случае прекращения исполнения обязательств по настоящему Договору вернуть Потребителю сумму по Договору, за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

2.2. Обязанности Исполнителя:

2.2.1. Обеспечить оказание сервисных услуг Потребителю.

2.2.2. Информировать Потребителя о предстоящей стоимости оказания сервисных услуг, а также о возможности доплаты, связанной с увеличением объема предоставляемых сервисных услуг.

2.2.3. В соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сохранять конфиденциальность персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну.

2.2.4. Выдавать Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации документ, подтверждающий произведенную оплату сервисных услуг.

2.2.5. Предоставлять Потребителю бесплатную, доступную и достоверную информацию о режиме работы Исполнителя, предоставляемых им услугах с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения услуг.

2.2.6. Размещать на официальном сайте Исполнителя действующий Прейскурант.

2.2.7. Соблюдать требования нормативных правовых актов Российской Федерации, регулирующих вопросы оказания платных услуг.

2.3. Права Потребителя:

2.3.1. Требовать от Исполнителя надлежащего исполнения обязательств в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.3.2. Отказываться от сервисных услуг по настоящему Договору.

2.3.3. Требовать от Исполнителя представления надлежащим образом оформленных документов в соответствии с условиями настоящего Договора, подтверждающих исполнение обязательств.

2.3.4. Непосредственно знакомиться с действующим Прейскурантом, а также запрашивать и получать другие сведения, относящиеся к предмету настоящего Договора.

2.3.5. В случае отказа Потребителя от сервисных услуг по настоящему Договору получать обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с оказанием сервисных услуг по настоящему Договору.

2.3.6. Обращаться к Исполнителю за возвратом денежных средств за не оказанную услугу по настоящему Договору.

2.4. Обязанности Потребителя:

2.4.1. Надлежащим образом (в порядке, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором) принять оказанные Исполнителем услуги.

2.4.2. В течение всего периода пребывания у Исполнителя соблюдать правила поведения, режима работы, установленные Исполнителем для посетителей (пациентов).

2.4.3. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего Договора.

2.4.4. До начала оказания услуги подписать необходимые согласия и (или) отказы, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

2.4.5. Возместить убытки в случае причинения ущерба имуществу Исполнителя.

2.4.6. Своевременно, в полном объеме и в соответствии с условиями, предусмотренными настоящим Договором, оплатить сервисные услуги, оказываемые Исполнителем по настоящему Договору.

2.4.7. При подписании Договора и других документов в соответствии с условиями настоящего Договора иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность

2.4.8. Выполнять все рекомендации, указания Исполнителя, обеспечивающие своевременное и качественное предоставление сервисной

3. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ СЕРВИСНЫХ УСЛУГ

3.1. Исполнитель оказывает сервисные услуги по месту своего нахождения в соответствии с лицензией.

3.2. Исполнитель обязуется приступить к оказанию сервисных услуг Потребителю после исполнения Потребителем обязанности, указанной в пункте 2.4.6 настоящего Договора.

3.3. По окончании оказания Потребителю сервисных услуг, Исполнитель оформляет Акт сдачи-приемки оказанных услуг, далее по тексту Акт, подписанный со своей стороны в двух экземплярах (приложение 2 к настоящему Договору).

Потребитель обязан вернуть один экземпляр Акта Исполнителю, подписанного со своей стороны или написать мотивированный отказ от подписания Акта. Оба экземпляра Акта, подписанного обеими Сторонами, имеют одинаковую юридическую силу.

3.4. Услуги считаются оказанными в полном объеме и надлежащего качества с даты подписания Сторонами Акта и подлежат оплате.

3.5. В случае, если в течение 5 рабочих дней Исполнителем не получен мотивированный отказ от подписания Акта Потребителем и Акт не был подписан, то предоставленные Исполнителем сервисные услуги считаются оказанными в полном объеме, надлежащего качества и принятыми без каких-либо замечаний, а Акт считается подписанным Сторонами в последний день указанного пятидневного срока и подлежит оплате.

4. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Оплата сервисных услуг, указанных в пункте 1.1 настоящего Договора, осуществляется Потребителем в течение 5 (Пяти) рабочих дней со дня подписания обеими Сторонами настоящего Договора до получения услуг Потребителем в Российских рублях в порядке 100 % предоплаты, по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на счет Исполнителя. Днем оплаты считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

4.2. Стоимость сервисных услуг составляет _____ в том числе НДС 20 % _____.

4.3. Оказание сервисных услуг осуществляется Исполнителем по настоящему Договору на сумму, не превышающую размер произведенной предоплаты.

4.4. После заключения Договора, в случае отказа Потребителя от получения сервисных услуг, Договор расторгается, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически оказанные Потребителю сервисные услуги и понесенные Исполнителем расходы. Стоимость услуг банка при переводе средств за платные сервисные услуги на счет Исполнителя через отделения банков оплачивается Потребителем самостоятельно.

4.5. При сокращении объема предоставления сервисных услуг Исполнитель по окончании оказания Потребителю сервисных услуг должен осуществить возврат неиспользованных денежных средств Потребителю в российских рублях банковским переводом по реквизитам, указанным в заявлении Потребителя в течение 15 (пятнадцати) календарных дней со дня принятия заявления Исполнителем.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Исполнитель имеет право отказать Потребителю в оказании сервисных услуг в случае неоплаты стоимости сервисных услуг на условиях, указанных в пункте 4 настоящего Договора.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало: нарушение Потребителем условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

5.3. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, Стороны разрешают их путем переговоров.

5.4. Споры, неурегулированные путем переговоров, разрешаются Сторонами в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии, направленной в письменной форме, не может превышать пяти рабочих дней с момента ее получения Стороной.

5.5. Если споры между Сторонами не урегулированы в порядке, определенном в пунктах 5.3 и 5.4 настоящего Договора, каждая из Сторон в соответствии с законодательством Российской Федерации вправе обратиться с иском в суд.

5.6. 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 другие), препятствующих выполнению обязательств по настоящему Договору.

5.7. В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания, и действует в течение всего периода, необходимого для полного исполнения Сторонами своих обязательств.

6.2. В целях оказания услуг по настоящему Договору Потребитель дает Исполнителю бессрочное согласие на обработку персональных данных, в том числе сведений, составляющих врачебную тайну, в объеме и способами, предусмотренными федеральными законами от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

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

6.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7.АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Городская клиническая больница № 31 имени академика Г.М.Савельевой
Департамента здравоохранения города Москвы»
ГБУЗ «ГКБ № 31 им. академика Г.М.Савельевой ДЗМ»
Место нахождения: 119415, г. Москва, ул. Лобачевского, 42, строение 1.2.3.4.6
Адрес электронной почты (e-mail): www.gkb-31.ru
Телефоны: +7(495)700-31-31
ИНН 7729123204 КПП 772901001
Получатель платежа:
Департамент Финансов города Москвы (ГБУЗ «ГКБ № 31 им. академика
Г.М.Савельевой ДЗМ»)
Лицевой счет: 2605441000680161
Расчетный счет: 03224643450000007300
Корреспондентский счет: 40102810545370000003
БИК 044525988
Банк получателя платежа:
ГУ Банка России по ЦФО/УФК по г. Москве
ОКПО 05006823
ОГРН 1037700216069
ОКТМО 45324000 ОКВЭД 86.10
КБК 05400000000131131082

Потребитель:

Фамилия: _____
Имя: _____
Отчество (при наличии): _____
Паспорт: серия _____ номер _____
Наименование органа, выдавшего паспорт: _____
Дата выдачи паспорта: _____
Иной документ, удостоверяющий личность, его реквизиты,
кем и когда выдан: _____
Адрес проживания: _____
Адрес регистрации: _____
Адрес для корреспонденции: _____
Телефоны: _____

МП

(подпись)

(расшифровка)

(подпись)

(расшифровка)

Перечень платных сервисных услуг

| Код для оплаты | Наименование услуги | Количество, шт. | Стоимость за единицу (без НДС), руб. | НДС руб. | Итого Стоимость, руб. |
|----------------|---------------------|-----------------|--------------------------------------|----------|-----------------------|
| | | | | | |

НДС 20% _____ руб.
ИТОГО руб., (с учетом НДС) _____ руб.

Стоимость услуг по настоящему Договору составляет: _____
(буквенно-цифровое написание)
(_____) рублей _____ копеек, в том числе НДС 20% _____ руб.
указывается словесным способом) (указывается цифровым способом)

Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Городская клиническая больница № 31 имени академика Г.М.Савельевой
Департамента здравоохранения города Москвы»
ГБУЗ «ГКБ № 31 им. академика Г.М.Савельевой ДЗМ»
Место нахождения: 119415, г. Москва, ул. Лобачевского, 42, строение 1.2.3.4.6
Адрес электронной почты (e-mail): www.gkb-31.ru
Телефоны: +7(495)700-31-31
ИНН 7729123204 КПП 772901001
Получатель платежа:
Департамент Финансов города Москвы (ГБУЗ «ГКБ № 31 им. академика
Г.М.Савельевой ДЗМ»)
Лицевой счет: 2605441000680161
Расчетный счет: 03224643450000007300
Корреспондентский счет: 40102810545370000003
БИК 044525988
Банк получателя платежа:
ГУ Банка России по ЦФО/УФК по г. Москве
ОКПО 05006823
ОГРН 1037700216069
ОКТМО 45324000 ОКВЭД 86.10
КБК 05400000000131131082

Потребитель:

Фамилия: _____
Имя: _____
Отчество (при наличии): _____
Паспорт: серия _____ номер _____
Наименование органа, выдавшего паспорт: _____
Дата выдачи паспорта: _____
Иной документ, удостоверяющий личность, его реквизиты, кем и когда выдан: _____
Адрес проживания: _____
Адрес регистрации: _____
Адрес для корреспонденции: _____
Телефоны: _____

_____/_____
(подпись) (расшифровка)
МП

_____/_____
(подпись) (расшифровка)

Акт
сдачи-приемки оказанных услуг

г. Москва

«__» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 31 имени академика Г.М.Савельевой Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГКБ № 31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ»), находящееся по адресу: 119415, г. Москва, ул. Лобачевского, 42, строение 1.2.3.4.6, имеющее лицензию на осуществление медицинском деятельности от «26» февраля 2019 года г. № Л041-01137-77/00368500, выданную Департаментом здравоохранения города Москвы, находящимся по адресу: Оружейный переулок, д. 43, Москва, 127006, тел. (499) 251-83-00, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Главного врача Ефремовой Натальи Михайловны, действующей на основании Устава с одной стороны, и

_____ (указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) гражданина) именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», составили настоящий Акт сдачи-приемки оказанных услуг (далее - Акт) о нижеследующем:

1. Исполнитель в соответствии с Договором на оказание платных сервисных услуг от «__» _____ 20__ г. № _____ (далее - Договор) оказал, а Потребитель принял фактически оказанные следующие сервисные услуги:

| Код для оплаты | Наименование услуги | Количество, шт. | Стоимость за единицу (без НДС), руб. | НДС руб. | Итого Стоимость, руб. |
|----------------|---------------------|-----------------|--------------------------------------|----------|-----------------------|
| | | | | | |

НДС 20% _____ руб.
ИТОГО руб., (с учетом НДС) _____ руб.

2. Стоимость услуг по настоящему Договору составляет:

_____ (буквенно- цифровое написание)
(_____) рублей _____ копеек, в том числе НДС 20% _____ руб.
указывается словесным способом) (указывается цифровым способом)

3. Сервисные услуги оказаны Исполнителем в срок, в полном объеме и надлежащего качества в соответствии с требованиями Договора и полностью приняты Потребителем.

4. Потребитель не имеет претензий к Исполнителю по качеству, объему, стоимости и срокам оказанных сервисных услуг.

5. Настоящий Акт является основанием для расчета Сторон в соответствии с Договором.

6. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

Исполнитель:

Потребитель:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 31 имени академика Г.М.Савельевой Департамента здравоохранения города Москвы»
ГБУЗ «ГКБ № 31 им. академика Г.М.Савельевой ДЗМ»
Место нахождения: 119415, г. Москва, ул. Лобачевского, 42, строение 1.2.3.4.6
Адрес электронной почты (e-mail): www.gkb-31.ru
Телефоны: +7(495)700-31-31
ИНН 7729123204 КПП 772901001
Получатель платежа :
Департамент Финансов города Москвы (ГБУЗ «ГКБ № 31 им. академика Г.М.Савельевой ДЗМ»)
Лицевой счет: 2605441000680161
Расчетный счет: 03224643450000007300
Корреспондентский счет: 40102810545370000003
БИК 044525988
Банк получателя платежа:
ГУ Банка России по ЦФО/УФК по г. Москве
ОКПО 05006823
ОГРН 1037700216069
ОКТМО 45324000 ОКВЭД 86.10
КБК 05400000000131131082

Фамилия: _____
Имя: _____
Отчество (при наличии): _____
Паспорт: серия _____ номер _____
Наименование органа, выдавшего паспорт: _____
Дата выдачи паспорта: _____
Иной документ, удостоверяющий личность, его реквизиты, кем и когда выдан: _____
Адрес проживания: _____
Адрес регистрации: _____
Адрес для корреспонденции: _____
Телефоны: _____

_____/_____
(подпись) (расшифровка)
МП

_____/_____
(подпись) (расшифровка)

**Информированное добровольное согласие пациента
(законного представителя пациента) на медицинское вмешательство, обработку
персональных данных и предоставление сведений, составляющих врачебную тайну**

**Данный раздел заполняется для пациентов старше 15 лет
(согласие подписывается пациентом самостоятельно)**

| |
|---|
| Я, _____ (фамилия, имя, отчество, пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность) |
| проживающий по адресу: _____ (указывается адрес места жительства пациента) |

**Данный раздел заполняется для пациентов младше 15 лет
или иных недееспособных граждан (согласие подписывается законным представителем)**

| |
|---|
| Я, _____ (фамилия, имя, отчество, пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность) |
| проживающий по адресу: _____ (указывается адрес места жительства пациента) |
| являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель): _____ (нужное указать) |
| пациента (ребенка или гражданина, признанного недееспособным): _____ (нужное указать) |
| _____ (указываются фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента; дата рождения; |
| на основании _____ (реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя) |

в соответствии с требованиями пункта 5 части 5 статьи 19, части 1 статьи 20, Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя свободно, своей волей, в своих интересах, интересах лица, законным представителем которого я являюсь (нужное зачеркнуть), понимая значение своих действий, даю медицинской организации

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Городская клиническая больница № 31
имени академика Г.М. Савельевой Департамента здравоохранения города Москвы"

(указывается полное официальное наименование медицинской организации)

(далее – Медицинская организация) свое согласие (далее – Согласие):

1) На следующий(ие) вид(ы) медицинского(их) вмешательства: опрос; осмотр; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; лабораторные методы обследования, функциональные методы обследования, рентгенологические методы обследования; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); проведение инъекций и инфузий; инвазивные и оперативные вмешательства в требуемом объеме, а также необходимое анестезиологическое и реанимационное пособие; трансфузиология; физиотерапия и лечебная физкультура для получения медицинской помощи / получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, (нужное зачеркнуть) в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Городская клиническая больница № 31 имени академика Г.М. Савельевой Департамента здравоохранения города Москвы", оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях. Медицинским работником

(наименование должности медицинского работника, указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее — 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, указанных в настоящем Согласии на любом этапе получения помощи, 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».

2) На предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, любым способом, в том числе на основании письменного заявления, медицинских документов, отражающих состояние моего (лица, законным представителем которого я являюсь) здоровья, акты и заключения, их копии, дубликаты и выписки из медицинских документов следующим гражданам:

_____ (указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее — при наличии) доверенного лица;

_____ (контактный номер телефона доверенного лица)

3) На обработку Медицинской организацией моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (последнее — при наличии), пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа,

удостоверяющего личность, номера телефонов для связи, адрес электронной почты (при наличии), место жительства, место регистрации, дату регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС), номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии), место работы (учебы) (наименование организации (учебного учреждения), адрес, занимаемая должность, и т.д.), идентификационный номер налогоплательщика, номер полиса добровольного медицинского страхования (наименование страховой компании), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных: данных об оказании медицинских услуг, о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иных сведений, полученных в результате медицинских исследований.

Указанные персональные данные предоставляю Медицинской организации для обработки в следующих целях:

- 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;
- обеспечения соблюдения в отношении меня (лица, законным представителем которого я являюсь) законодательства Российской Федерации и города Москвы, в сфере отношений, связанных с получением мной (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования, социальных гарантий и компенсаций по нетрудоспособности;
- осуществления передачи результатов медицинских исследований (лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований) на адрес электронной почты (e-mail), указанный мной в соответствующем запросе, при его подаче и наличии технической возможности;
- реализации оператором своих полномочий и выполнения своих обязанностей, обязательств и компетенций, определенных Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также иными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации и города Москвы.

Предоставляю Медицинской организации право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, в том числе в электронном виде, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Я информирован(а) о том, что:

- персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы Медицинской организацией в страховую медицинскую организацию, в территориальные фонды обязательного медицинского страхования, в органы Фонда социального страхования, в органы власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации. Медицинская организация вправе поручить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, лицам, задействованным в оказании мне медицинской помощи и иных сопутствующих услуг, органам, организациям, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность;

- Медицинская организация вправе обрабатывать мои персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну неавтоматизированными и автоматизированными способами, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные в том числе нормативными правовыми актами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Настоящее Согласие вступает в силу с даты его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Я информирован(а) о том, что:

1. Лицу, уполномоченному пациентом или его законным представителем на получение сведений о состоянии здоровья, предоставляется возможность знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента (представляемого), а также получать отражающие состояние здоровья пациента (представляемого) медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов, по его заявлению.

2. Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, хранятся у Медицинской организации в течение срока хранения первичных медицинских документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

3. Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться Медицинской организацией только в рамках осуществления возложенных на нее полномочий и обязанностей.

4. В соответствии с частью 4 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, допускается без согласия гражданина или его законного представителя.

5. Настоящее Согласие может быть мною отозвано в части согласия на обработку персональных данных на основании письменного заявления, направленного в адрес Медицинской организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под подпись ее уполномоченному представителю.

6. В случае отзыва настоящего Согласия в части согласия на обработку персональных данных Медицинская организация вправе продолжить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, без моего согласия при наличии оснований, предусмотренных законом.

Я удостоверяю, что, права как пациента (законного представителя пациента) и субъекта персональных данных мне разъяснены и понятны, также я сообщил обо всех проблемах, связанных со здоровьем: наличии противопоказаний, имеющихся заболеваниях, кроме того осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение рекомендаций и самостоятельное лечение может негативно сказаться на моем здоровье.

С Правилами внутреннего распорядка и Планом лечения ознакомлен и согласен.

Текст настоящего документа мною прочитан, мне разъяснено назначение настоящего документа, даны ответы на мои вопросы, разъяснения мне понятны.

Дата начала обработки персональных данных: «14» января 2025 г.

Пациент / законный представитель / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Если пациент, по каким-либо причинам, не может собственноручно подписать настоящее Согласие, настоящий документ заверяется двумя подписями работников Медицинской организации.

(указываются наименование должности медицинского работника Медицинской организации; подпись; фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) – полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность; дата подписания)

(указываются наименование должности медицинского работника Медицинской организации; подпись; фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) – полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность; дата подписания)