**Договор на предоставление платных медицинских услуг №**

|  |  |
| --- | --- |
| г.Хабаровск | Дата |

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Детская городская клиническая поликлиника №3" министерства здравоохранения Хабаровского края (свидетельство о внесении сведений в ЕГРЮЛ серия 27 № 002063698 от 16.08.2012 г., выданное Федеральной налоговой службой), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача Долгошеевой Виталии Анатольевны, действующей на основании Устава с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р. именуемый в дальнейшем "Заказчик (потребитель)", в лице "Законного представителя" (при необходимости) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р. с другой стороны, совместно именуемые "Стороны" заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательства по предоставлению Заказчику (потребителю, законному представителю) платных медицинских услуг в соответствии с утвержденным Перечнем по тарифам, действующим на момент заключения договора. Условия предоставления и получения услуг размещены на стендах в местах оказания услуг, а также на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет.

1.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование услуги** | **Условия и сроки** | **Стоимость** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| Всего | | |  |

1.3. Заказчик (потребитель, законный представитель) подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.4. При необходимости Заказчику (потребителю, законному представителю) могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

**2. Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность Исполнителя**

"Исполнитель" предоставляет платные медицинские услуги, указанные в лицензии ЛО-27-01-002929 от 15.04.2020г. (бессрочная), выданной Министерством здравоохранения Хабаровского края (адрес: 680000, г.Хабаровск, ул.Муравьева-Амурского, д. 32; телефон 8(4212)402322), с копией документа можно ознакомится на стенде и на официальном сайте [dgkp3.medkhv.ru](http://dgkp3.medkhv.ru) Исполнителя, на осуществление медицинской деятельности:

2.1.По адресу: 680033, г.Хабаровск, ул.Майская, д.39.: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), лабораторной диагностике, медицинской статистике, сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: детской хирургии, инфекционным болезням, клинической лабораторной диагностике, клинической фармакологии, медицинской статистике, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, травматологии и ортопедии. При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии, сестринскому делу в педиатрии. При проведении медицинских экспертиз организуются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности. При проведении медицинских осмотров организуется и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам профилактическим.

2.2. По адресу: 680025, г.Хабаровск, ул.Сергеевская, д.7: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), лабораторной диагностике, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: инфекционным болезням. При проведении медицинских экспертиз организуются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности.

2.3. По адресу: 680033, г.Хабаровск, ул.Руднева, д.25: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу в педиатрии, стоматологии профилактической, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: детской эндокринологии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, оториноларингологии (за исключением кохленарной имплатации), офтальмологии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: офтальмологии. При проведении медицинских экспертиз организуются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности. При проведении медицинских осмотров организуется и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам профилактическим.

2.4. По адресу: 680033, г.Хабаровск, ул. Зои Космодемьянской, д.32: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу, сестринскому делу в педиатрии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: детской урологии-андрологии, функциональной диагностике. При проведении медицинских экспертиз организуются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности.

**3. Обязанности сторон**

3.1. "Исполнитель" обязуется:

3.1.1.Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

3.1.2. Обеспечить Заказчика (потребителя) бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

3.1.3. Уведомить Заказчика (потребителя) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.1.4. После исполнения Договора выдать Заказчику (потребителю. законному представителю) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях в течение 3 рабочих дней.

3.2. "Заказчик (потребитель, законный представитель)" обязуется:

3.2.1 До получения услуги информировать «Исполнителя» о перенесенных им заболеваниях, имеющихся аллергических реакциях, противопоказаниях;

3.2.2. Оплатить полную стоимость предоставляемых услуг согласно действующего Прейскуранта и в установленные сроки;

3.2.3. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях

3.2.4. Выполнять требования, обеспечивающие качественный лечебно-диагностический процесс, сообщать необходимые для этого сведения.

**4. Условия оказания услуги**

Платные медицинские услуги предоставляются в случаях:

4.1. На иных условиях, чем предусмотрено территориальной программой государственных гарантий оказания медицинской помощи.

4.2. Гражданам иностранных государств, лицам без гражданства , за исключением лиц, застрахованных по ОМС, и гражданам РФ, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимися застрахованными по ОМС, если иное не предусмотрено международными договорами РФ.

4.3. При самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, предоставляемых Исполнителем, за исключением случаев и порядка, предусмотренных ст. 21 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан РФ", и случаев оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной помощи.

4.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.5.Анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

4.6. Заказчик (потребитель, законный представитель) дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006г. № 152-ФЗ "О персональных данных".

**5. Права сторон**

5.1. "Исполнитель" имеет право:

- отказать в предоставлении услуги вследствие объективных причин: невыполнение требований врача, выявленных во время проведения услуги противопоказаний, отсутствия технической или производственной возможностей для оказания услуги, некорректного поведения «Заказчика (потребителя, законного представителя»;

- получить от Потребителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору;

- самостоятельно определять объем дополнительных исследований и консультаций.

5.2. "Заказчик (потребитель, законный представитель)" имеет право:

- выбрать исполнителя услуги из штата поликлиники в соответствии с его образованием и занимаемой должностью;

- поменять исполнителя в процессе лечебно-диагностического процесса в пределах имеющихся у Исполнителя возможностей;

- на доступную и достоверную информацию об "Исполнителе" и его услугах;

- отказаться от предоставления ему платных медицинских услуг в любое время, оплата за уже оказанные платные медицинские услуги не возвращается;

- вернуть затраченные денежные средства за не оказанные услуги.

- в случае необходимости направить обращение (жалобу) "Исполнителю" на адрес: 680033, г.Хабаровск, ул.Майская, д.39; на адрес электронной почты: dp3khv.mail.ru, а также в органы государственной власти: в Министерство здравоохранения Хабаровского края на электронную почту: zdrav@adm.khv.ru; Территориальный орган Росздравнадзора по Хабаровскому краю и ЕАО на адрес электронной почты: info@rzn27.ru; info@reg27.roszdravnadzor.gov.ru; в Управление федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Хабаровскому краю на электронную почту: root@sanepid.khv.ru.

5.3. Исполнитель и Заказчик (потребитель, законный представитель) обладают иными правами и несут иные обязанности предусмотренные законодательством Российской Федерации.

**6.Ответственность сторон.**

6.1. Все споры и разногласия решаются путем переговоров. В случае, если разногласия и споры не могут быть решены путем переговоров, они решаются в соответствии с действующим законодательством.

6.2. При предъявлении Заказчиком (потребителем, законным представителем) в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей" на адрес (электронный адрес) указанный в настоящем Договоре.

**7. Стоимость договора, срок и порядок расчетов**

7.1. Стоимость договора указывается в чеке об оплате, который является неотъемлемой частью договора.

7.2. Стоимость услуг по настоящему договору определяется исходя из действующего у  Исполнителя прейскуранта в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_) руб.

7.3. Заказчик (потребитель, законный представитель) полностью оплачивает в кассу Исполнителя стоимость оказываемой медицинской услуги, Исполнитель подтверждает факт оплаты выдачей чека. Оплата может быть произведена как до получения услуги, так и после ее получения. Оплата может быть произведена наличным и безналичным способом путем перечисления денежных средств на банковский счет Исполнителя.

7.4. Возврат Заказчику (потребителю, законному представителю) денежных средств за не оказанные медицинские услуги производится при наличии документа, удостоверяющего личность, квитанции об оплате услуги (подлежит возврату Исполнителю), чека, наряда на выполнение услуги (подлежит возврату Исполнителю) и заявления на имя руководителя учреждения. Возвращение денежных средств производится после вынесения резолюции руководителем и главным бухгалтером на заявлении Заказчика (потребителя, законного представителя) в течении 10 дней.

**8.Условия и сроки ожидания услуги.**

8.1. Сроки ожидания приема врачами-педиатрами, в том числе участковыми не должны превышать 24 часов с момента оплаты.

8.2. Сроки ожидания консультации и приема врачей-специалистов не должны превышать 14 рабочих дней со дня оплаты.

8.3. Сроки проведения диагностических инструментальных (функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 14 рабочих дней со дня оплаты.

**9.Порядок и условия выдачи медицинских документов (их копий), выписок из них, иной информации об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях**

Порядок и условия выдачи медицинской документации (копий, выписок) производится (осуществляется) в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020г. № 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них".

9.1. Для получения медицинских документов (их копий) или выписок из них Заказчик (потребитель, законный представитель) представляет запрос о предоставлении медицинских документов, который составляется в свободной форме и содержит:

1) сведения о Заказчике (потребителе, законного представителя): фамилия, имя, отчество (при наличии); реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента; адрес места жительства (места пребывания); почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и (в случае, если имеется) номер контактного телефона, адрес электронной почты (при наличии);

2) наименования медицинских документов (их копий) или выписок из них, которые Заказчик (потребитель, законный представитель) намерен получить, и период, за который он намерен их получить;

3) сведения о способе получения: на бумажном носителе - при личном обращении, по почте, в форме электронных документов.

4) дату подачи запроса и подпись Заказчика (потребителя, законного представителя) (для письменного запроса).

9.2. Медицинские документы (их копии) и выписки из них Заказчик (потребитель, законный представитель) получает только при предъявлении документа, удостоверяющий личность.

Законный представитель потребителя дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.

В случае выбора способа получения - по почте, соответствующие медицинские документы (их копии) или выписки из них направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

9.3. Предоставление копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра.

9.4.Запись о предоставлении копий медицинских документов или выписок из медицинских документов вносится в медицинские документы Потребителя.

**10. Порядок изменения и расторжения договора**

10.1.Любые претензии и споры, возникшие между медицинской организацией и пациентом при предоставлении медицинских услуг, разрешаются по соглашению сторон. Если стороны не пришли к обоюдному согласию, то спорный вопрос решается в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

**11. Иные условия договора (по соглашению сторон)**

11.1.Заказчиком и Потребителем платной медицинской услуги одновременно могут быть лица старше 15 лет. Лица, не достигшие 15-летнего возраста, могут получить услугу, если Заказчиком является законный представитель Потребителя.

11.2. Заказчик (потребитель, законный представитель) уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения (правила внутреннего распорядка) пациента в медицинских организациях.

**12. Срок действия договора**

12.1. Срок действия договора и оказания услуги: с даты подписания до полного исполнения с обеих сторон.

12.2. Договор составляется в 3-х экземплярах по 1-у экземпляру для исполнителя, потребителя, заказчика (законного представителя). Договор составляется в 2-х экземплярах, если он заключен между исполнителем и потребителем.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **"Исполнитель"** | | | | | |  | | КГБУЗ "ДГКП №3" | | | | | |  | | 680033, г.Хабаровск ул.Майская, д.39 | | | | | |  | | ИНН 2725011892 | | | |  |  |  | | ОГРН 1022701408146  Сайт: [dgkp3.medkhv.ru](http://dgkp3.medkhv.ru) эл.почта: dp3khv@mail.ru  р/сч 40102810845370000014  БИК 010813050  Банк: ОТДЕЛЕНИЕ ХАБАРОВСК//УФК по Хабаровскому краю г.Хабаровск (КГБУЗ "ДГКП№3) л/с 20226Ш75220  КБК00000000000000000130 Назначение платежа: Оплата за оказанные медицинские услуги | | | |  |  |  | | тел.: (4212)33-22-78; 48-38-24 | | | | |  |  | |  |  |  |  | |  |  | | Главный врач | |  |  | | Долгошеева В.А. | | |  |  |  |  | |  |  |   Уполномоченное лицо  от КГБУЗ "ДГКП №3"  Действующее на основании Доверенности  №\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **"Потребитель"** | |  |  |  | | |  | | ФИО |  | | |  | | |  | | Документ, удостоверяющий личность/свидетельство о рождении |  |  |  |  | | |  | | Адрес |  | | | | | | | | Тел. |  |  | **подпись** | | |  |  | |  |  |  |  | | |  |  | | **"Законный представитель** | | | | | |  |  | | ФИО |  | | | | |  |  | | Документ, удостоверяющий личность |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  | | |  |  | | Адрес |  |  |  | | |  |  | | Тел. |  |  | **подпись** | | |  |  | |  |  |  |  | | |  |  | | **"Заказчик"** |  | | | | |  |  | | ФИО |  | | | | |  |  | | Документ, удостоверяющий личность |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  | | |  |  | | Адрес |  | | | | | | | | Тел. |  |  | **подпись** | |  | |  | |

**СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)**

**на обработку персональных данных несовершеннолетнего**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО),

проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Паспорт № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

являюсь законным представителем несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО) на основании ст. 64 п. 1 Семейного кодекса РФ (1).

Настоящим даю согласие на обработку в КГБУЗ "ДГКП № 3" персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных:

- фамилия, имя, отчество;

- дата рождения;

- данные свидетельства о рождении, паспорта;

- данные медицинской карты;

- адрес проживания ребенка;

- данные СНИЛС;

- данные страхового медицинского полиса;

- контактный телефон.

Я даю согласие на использование персональных данных моего ребенка исключительно в следующих целях:

- ведение статистики.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление сотрудниками КГБУЗ "ДГКП № 3" следующих действий в отношении персональных данных ребенка: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование (только в указанных выше целях), обезличивание, блокирование (не включает возможность ограничения моего доступа к персональным данным ребенка), уничтожение.

Я даю согласие на обработку персональных данных ребенка только неавтоматизированным способом и не даю согласия на их обработку автоматизированным способом, согласно Постановлению Правительства РФ от 15.09.2008 № 687 "Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации".

Обработку персональных данных ребенка для любых иных целей и любым иным способом, включая распространение и передачу каким-либо третьим лицам, я запрещаю. Она может быть возможна только с моего особого письменного согласия в каждом отдельном случае.

Данное согласие действует бессрочно.

Настоящее согласие может быть отозвано Субъектом в любой момент по соглашению сторон. В случае неправомерного использования предоставленных данных согласие отзывается письменным заявлением субъекта персональных данных.

Субъект по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п.4 ст. 14 Федерального закона от 27.06.2006 № 152-ФЗ)

Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в интересах ребенка, законным представителем которого являюсь.

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**СОГЛАСИЕ на получение платных медицинских услуг**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь законным представителем (при необходимости) несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.р., информирован об альтернативе бесплатного получения медицинских услуг, входящих в 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, в установленном порядке. Настоящим выражаю свое волеизъявление на получение медицинских(ой) услуг(и) платно, в соответствии с заключаемым Договором на предоставление платных медицинских услуг.

Дата Подпись

Расшифровка

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

Мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , являющегося законным представителем (при необходимости) несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.р., при заключении договора в доступной форме представлена следующая информация о платных медицинских услугах:

1. действующий Прейскурант цен

2. порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении ПМУ, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

3. информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

4. несоблюдение рекомендаций врача (в том числе нарушение режима приема назначенных лекарств) может отрицательно сказаться на здоровье, снизить качество услуги или привести к увеличению срока оказания медпомощи;

5. сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроки ожидания оказания медицинской помощи врачей-специалистов, проведение отдельных диагностических исследований в рамках территориальной программы государственных гарантий.

6. другие сведения, относящиеся к предмету договора.

Дата Подпись

Расшифровка