**Договор №\_\_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

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

Государственное учреждение здравоохранения «Городская больница №3 г. Тулы», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Главного врача Подкосовой Е.А., действующей на основании Устава, с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(для физического лица: фамилия, имя, отчество, паспортные данные)

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

(для юридического лица: наименование, представитель, полномочия)

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, именуемые совместно в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**Термины и определения**

Если иное не установлено в настоящем Договоре, термины и определения, используемые в настоящем Договоре, будут иметь значения, в указанном ниже виде:

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

«потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального [закона](consultantplus://offline/ref=3A27A956D90DC65C2F9BFFE359C13A5590138117BDA24659B73D8EF440GDL) №323-ФЗ от 2111.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

«заказчик» и «потребитель» могут быть одновременно одним и тем же лицом;

«исполнитель» - Государственное учреждение здравоохранения, оказывающее платные медицинские услуги потребителям на договорной основе,в соответствии с Перечнем медицинских услуг и Прейскурантом цен на платные медицинские услуги, утвержденных Исполнителем.

**1.Предмет договора**

1.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию Заказчику (Потребителю) платных медицинских услуг в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности (Лицензия №ЛО-71-01-002221 от 05 марта 2020 года, выдана Министерством здравоохранения Тульской области), согласно Перечнюмедицинских услуг и Прейскуранту цен на платные медицинские услуги, утвержденных Исполнителем, а Заказчик (Потребитель) добровольно принимает медицинские услуги и производит оплату за оказанные медицинские услуги Исполнителю в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором и Приложением №1 к настоящему Договору, которое является его неотъемлемой частью.

1.2. Срок оказания платных медицинских услуг устанавливается Исполнителем по согласованию с Заказчиком (Потребителем).

1.3. Предоставление платных медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (Заказчика), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, и согласия на обработку персональных данных Потребителя (Заказчика), изложенных в Приложении №2 к настоящему Договору, которое является его неотъемлемой частью.

**2. Права и обязанности сторон**

**2.1. Исполнитель вправе:**

2.1.1. Требовать от Заказчика оплатить платные медицинские услуги в порядке, определенном настоящим Договором.

2.1.2.Самостоятельно определять объем исследований и действий, направленных на установление верного диагноза, показания к платной медицинской услуге,осуществлять выбор тактики и методики лечения.

2.1.3. Определять и в необходимых случаях осуществлять замену врача, оказывающего платную медицинскую услугу, с согласия Заказчика (Потребителя).

2.1.4. Требовать от Заказчика (Потребителя) соблюдения правил оказания медицинских услуг и соблюдения режима медицинского учреждения, в котором ему оказываются медицинские услуги.

**2.2. Исполнитель обязан:**

2.2.1. Обеспечить Заказчика (Потребителя) бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемых ему платных медицинских услугах.

2.2.2. Оказать обусловленные настоящим Договором платные медицинские услуги надлежащего качества, в полном объеме и в установленный срок.

2.2.3. Обеспечить режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.2.4. Исправить за свой счет недостатки, возникшие по его вине, в течение гарантийного срока – 1 год (п.2.2.4. применим к оказанию услуг в стоматологии).

2.2.5. По окончании оказания Услуг составить акт сдачи-приемки оказанных услуг и передать его на подпись Заказчику.

2.2.6. По требованию Заказчика (Потребителя), оплатившего услуги, обязанвыдать «Справку об оплате медицинских услуг для предоставления вналоговые органы Российской Федерации» установленной формы.

**2.3. Заказчик (Потребитель) вправе:**

2.3.1. Требовать от Исполнителя предоставления полной информации обоказываемых ему медицинских услугах.

2.3.2. Требовать от Исполнителя сохранения в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведениях, полученных при его обследовании и лечении.

2.3.3.Отказаться от получения Услуг в целом или ее части, оформив отказ в письменной форме и получить обратно уплаченную сумму за вычетом стоимости фактически предоставленных Услуг.

**2.4. Заказчик (Потребитель) обязан:**

2.4.1.Предоставить необходимую для Исполнителя достоверную информацию о состоянии своего здоровья, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенных ранее обследованиях и лечении, имеющихся аллергических реакциях и противопоказаниях, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.

2.4.2. Строго соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения.

2.4.3. Соблюдать режим медицинского учреждения, в котором ему оказываются медицинские услуги.

2.4.4.Произвести оплату Услуг в порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

2.4.5.Подписать акт сдачи-приемки оказанных услуг в день его получения, либо предоставить мотивированный отказ в письменном виде в этот же срок.

**3. Стоимость услуг и порядок оплаты**

3.1. Стоимость медицинских услуг определяется на основании прейскуранта платных медицинских услуг, утвержденного Исполнителем, указанным в Приложении№2 к настоящему Договору.

3.2. Оплатамедицинских услуг, оказываемых Исполнителем, осуществляется путем внесения суммы, указанной в п.3.1 настоящего Договора и приложения №1, в кассу Исполнителя, либо перечисления на расчетный счет Исполнителя.

3.3. При внесении оплаты Заказчику (Потребителю) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек, квитанция или иные документы).

**4. Ответственность сторон**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы или других форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки, принятие компетентными органами решений и т.п.) препятствующие выполнению обязательств по настоящему договору.

**5. Срок действия договора**

5.1. Настоящий договор вступает в силу со дня его заключения и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств.

5.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

5.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

**6. Прочие условия**

6.1. Стороны обязуются решать все возникшие по настоящему договору споры путем переговоров. Все неурегулированные сторонами споры в рамках выполнения настоящего договора разрешаются в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

6.3. Настоящий Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у «исполнителя», второй - у «заказчика», третий - у «потребителя». В случае если договор заключается «потребителем» и «исполнителем», он составляется в 2 экземплярах. Все экземпляры имеют одинаковую юридическую силу.

**7. Реквизиты сторон**

Исполнитель: Заказчик:

|  |  |
| --- | --- |
| Государственное учреждение здравоохранения «Городская больница №3 г. Тулы»  300910, г. Тула, пос. Менделеевский, пос. 2-ой Западный, ул. Пушкина, д. 17  ОГРН 1027100972282  ИНН 7107033971  КПП 710701001  Министерство финансов Тульской области  (ГУЗ ГБ №3 г. Тулы)  л/счет 105700638 КБК 00000000000008210130  р/счет40601810370033000001  Отделение Тулы г. Тулы  БИК 047003001  ОКТМО 70701000 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (для физического лица: фамилия, имя, отчество, адрес, телефон, паспортные данные)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (для юридического лица: наименование, представитель, банковские реквизиты)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Подписи сторон:**

|  |  |
| --- | --- |
| Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Е.А.Подкосова/ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

**Приложение №1**

к договору №\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

на оказание платных медицинских услуг

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Название оказываемой платной медицинской услуги  (в соответствии с прейскурантом) | Ф.И.О. врача, оказывающего услугу | Стоимость медицинской  услуги, руб. |
| 1. |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Итого: | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Заказчик:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (подпись) (расшифровка) | Исполнитель:  Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Е.А.Подкосова/  м.п. |

**Приложение №2**

к договору №\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

на оказание платных медицинских услуг

**Информированное согласие об объеме и условиях,**

**оказываемых платных медицинских услуг**

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

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

являющийся Потребителем(Заказчиком), в рамках договора на оказание платных медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г., желаюполучить платные медицинские услуги в Государственном учреждении здравоохранения «Городская больница №3 г. Тулы» (далее по тексту - Исполнитель), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1.Я, получив от работников Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в Государственном учреждении здравоохранения «Городская больница №3 г. Тулы», в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.

2.Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел(а) различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и если такие услуги могут оказываться на бесплатной основе.

3.Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, а также в том, что предстоит мне делать до и во время лечения (исследования) на платной основе.

4.Я получил(а) исчерпывающую информацию по поводу диагноза, об особенностях течения заболевания, о длительности лечения, об исходах лечения, о прогнозе заболевания, об обстоятельствах, ухудшающих прогноз заболевания, о предложенном плане лечения и с правилами лечебно - охранительного режима и обязуюсь их соблюдать.

5.Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей (специалистов) Исполнителя, немедленно сообщать врачу о любом ухудшения самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно - охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приемов препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

6.Виды выбранных мною медицинских услуг согласованы с врачом, оказывающим платные медицинские услуги, и я даю свое согласие на проведение мне диагностических и лечебных мероприятий.

7.Я получил(а) информацию о других сопоставимых по медицинской эффективности методах лечения и возможности получения медицинской помощи.

8. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

9. Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.

10.Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и нескольких видов услуг.

11.Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с ним.

12.Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

13. Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить медицинскую документацию и информацию о состоянии моего здоровья (моем диагнозе, степени тяжести, характере моего заболевания и т.д.) следующим лицам: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы об оказании платных медицинских услуг.

Потребитель(Заказчик):

Паспорт: серия:\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

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

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (расшифровка подписи)

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

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

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

(Ф.И.О. полностью)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_г. рождения, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку Государственном учреждении здравоохранения «Городская больница №3 г. Тулы»(далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, 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 (при необходимости - по ее окончанию) я предоставляю право на передачу третьим лицам в интересах моего обследования, лечения и проведения независимой экспертизы качества оказания медицинской помощи моих персональных данных, полученных в соответствии с п.2 ст. 22 ФЗ, и осуществляемых Оператором во исполнение законодательства, регулирующего деятельность юридических лиц, в том числе передачу моих персональныхданных, в том числе фамилию, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное положение, образование, профессия, другую информацию, а также сведений, составляющих врачебную тайну (информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе его заболевания, сведения, содержащиеся в истории болезни, иные сведения, полученные при обследовании и лечении), а также в Фонд обязательного медицинского страхования Тульской области, страховые и медицинские организации, Министерство здравоохранения Тульской области, территориальные органы ФНС России, а также любым организациям системы здравоохранения.

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).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен(прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование страховой медицинской организации)

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.

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

Настоящее согласие дано мной:

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

(Ф.И.О.)

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. и действует бессрочно.

(дата оформления согласия)

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

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

(подпись субъекта персональных данных)

**Акт**

**сдачи-приемки оказанных платных медицинских услуг**

**по договору от № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_“\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**

г. Тула “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Государственное учреждение здравоохранения «Городская больница №3   
г. Тулы», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Главного врача Подкосовой Е.А., действующего на основании Устава, с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(для физического лица: фамилия, имя, отчество, паспортные данные)

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

(для юридического лица: наименование, представитель, полномочия)

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, именуемые совместно в дальнейшем «Стороны» составили настоящий акт о том, что Исполнитель оказал, а Заказчик (Потребитель) оплатил и принял оказанные Исполнителем услуги, предусмотренные Договором в полном объеме и надлежащего качества.

Стороны претензий друг к другу не имеют.

|  |  |
| --- | --- |
| Заказчик:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (подпись) (расшифровка) | Исполнитель:  Главного врача  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Е.А.Подкосова/  м.п. |