

**Договор
на оказание платных медицинских и иных услуг № _____**

г. Омск

" ____ " _____ 20__ г.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Областная детская клиническая больница», именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице _____, действующего (-ей) *(должность, фамилия, имя, отчество (если имеется) лица, заключающего договор от имени Исполнителя)* на основании _____, с одной стороны и _____ *(устава, положения, доверенности)*

_____, именуемый в дальнейшем «**Потребитель**» *(фамилия, имя, отчество (если имеется) Пациента, дата рождения)*

или _____, именуемый в дальнейшем «**Заказчик**» *(фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя Потребителя)* с другой стороны, руководствуясь Федеральным законом от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель на основании обращения Потребителя/Заказчика обязуется оказать на возмездной основе медицинские и (или) иные услуги (далее по тексту – услуга) определяемые Потребителем/Заказчиком в соответствии действующей на момент оказания услуги информацией о ценах за оказание платных услуг, в российских рублях, а Потребитель/Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги в размере, порядке и сроки установленные настоящим договором.

1.2. Наименование, вид оказываемой услуги:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги (работ)	Цена за оказание ед. услуги (работы) руб.	Количество	Сумма, руб.
1					
2					
3					
4					
5					
ИТОГО:					

1.3. Оказание услуг осуществляется в помещениях Исполнителя, расположенных по адресу: г. Омск, ул. Куйбышева, д.77.

1.4. Исполнитель по требованию Потребителя/Заказчика составляет смету на предоставление платных медицинских услуг, которая будет являться неотъемлемой частью настоящего договора.

1.5. Исполнитель оказывает Потребителю/Заказчику услугу: _____ *(указывается дата, в которую данная услуга была оказана или дата начала и дата окончания оказания услуги).*

1.6. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя/Заказчика, данного в порядке, установленном действующим законодательством РФ об охране здоровья граждан.

1.7. Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность на основании лицензий:
- № **ЛО-55-01-002731 от 05.08.2020 года** на осуществление медицинской деятельности, на бессрочный срок, выданной Министерством здравоохранения Омской области (Адрес: г. Омск, ул. Красный путь, д.6, тел. (3812)25-84-19).

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией № ЛО-55-01-002731 от 05.08.2020 года:

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; гистологии; дезинфектологии; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинской статистике; медицинскому массажу; неотложной медицинской помощи; операционному делу; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии профилактической; функциональной диагностике; эпидемиологии; 2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; неотложной медицинской помощи; 4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии; гематологии; детской кардиологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; детской эндокринологии; инфекционным болезням; клинической лабораторной диагностике; лечебной физкультуре и спортивной медицине; неврологии; неотложной медицинской помощи; нефрологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; патологической анатомии; психиатрии; пульмонологии; рентгенологии; торакальной хирургии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; управлению сестринской деятельностью; функциональной диагностике; эндоскопии; эпидемиологии.

При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); анестезиологии и реаниматологии; бактериологии; гастроэнтерологии; гематологии; генетике; гистологии; дезинфектологии; дерматовенерологии; детской кардиологии; детской онкологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; детской эндокринологии; диетологии; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; лечебной физкультуре и спортивной медицине; медицинской статистике; медицинскому массажу; медицинской реабилитации; неврологии; нейрохирургии; неонатологии; нефрологии; операционному делу; организации здравоохранения и общественному здоровью; организации сестринского дела; патологической анатомии; педиатрии; психиатрии; пульмонологии; ревматологии; рентгенологии; сердечно-сосудистой хирургии; сестринскому делу в педиатрии; терапии; торакальной хирургии; травматологии и ортопедии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; управлению сестринской деятельностью; физиотерапии; фтизиатрии; функциональной диагностике; эндоскопии; эпидемиологии.

2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); анестезиологии и реаниматологии; бактериологии; гастроэнтерологии; гематологии; генетике; гистологии; дезинфектологии; дерматовенерологии; детской кардиологии; детской онкологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; детской эндокринологии; диетологии; инфекционным болезням; клинической лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; лечебной физкультуре и спортивной медицине; медицинской статистике; медицинскому массажу; медицинской реабилитации; неврологии; нейрохирургии; неонатологии; нефрологии; операционному делу; организации здравоохранения и общественному здоровью; организации сестринского дела; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; патологической анатомии; педиатрии; психиатрии; пульмонологии; ревматологии; рентгенологии; сердечно-сосудистой хирургии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; токсикологии; торакальной хирургии; травматологии и ортопедии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; управлению сестринской деятельностью; физиотерапии; фтизиатрии; функциональной диагностике; эндоскопии; эпидемиологии.

При оказании скорой специализированной медицинской помощи вне медицинской организации, в том числе выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); анестезиологии и реаниматологии; неврологии; неонатологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии; токсикологии; травматологии и ортопедии; хирургии.

При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); медицинским осмотрам профилактическим.

2) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертиза временной нетрудоспособности.

При обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях организуются и выполняются работы (услуги) по заготовке, хранению донорской крови и (или) ее компонентов.

- № **ФС-55-01-001441-17** от **22.12.2017** года на осуществление медицинской деятельности, на бессрочный срок, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Адрес: г. Омск, ул. Сенная, д. 22, тел. (3812) 20-11-04).

При оказании скорой специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); детской урологии-андрологии; детской хирургии; неонатологии; педиатрии; травматологии и ортопедии; хирургии (абдоминальной).

2. Порядок оплаты, сдачи и приемки услуг

2.1. Оплата услуг осуществляется Потребителем/Заказчиком в порядке 100% предоплаты до получения услуги, путем внесения наличных денежных средств, в кассу БУЗОО "ОДКБ" или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет БУЗОО "ОДКБ".

2.3. Потребителю/Заказчику в соответствии с действующим законодательством выдается документ (контрольно-кассовый чек), подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

2.4. По окончании услуг Исполнителем предоставляется акт приемки-сдачи оказанных услуг, являющийся приложением к Договору. В случае отказа Потребителя/Заказчика от подписания акта, Потребитель/Заказчик в праве, сообщить мотивированный отказ от приемки услуг.

3. Права и обязанности сторон

3.1. «Исполнитель» обязуется:

3.1.1. своевременно и качественно оказывать медицинские услуги по настоящему Договору, предоставляя Потребителю/Заказчику квалифицированную медицинскую помощь, в соответствии с имеющейся у Исполнителя лицензией, сертификатами, с порядками оказания медицинской помощи, со стандартами медицинской помощи, либо по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе, в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

3.1.2. предоставлять посредством размещения на сайте Исполнителя: www.oodkb@mail.ru, а также на информационных стендах Исполнителя информацию, содержащую следующие сведения:

- наименование и фирменное наименование Исполнителя, адрес места нахождения Исполнителя, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об Исполнителе в ЕГРЮЛ;
- сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности у Исполнителя;
- о месте оказания медицинских услуг;
- порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с программой и территориальной программой;
- перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, об условиях, порядке форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;
- режим работы Исполнителя, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования, квалификации;
- адреса и телефоны контролирующих органов.

3.1.3. предоставить Потребителю/Заказчику по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- об оказываемых медицинских услугах, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;

3.1.4. в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя/Заказчика. Без согласия потребителя /Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3.1.5. соблюдать врачебную тайну.

3.1.6. безотлагательно и бесплатно предоставлять медицинскую помощь в экстренной форме, необходимую для устранения угрозы жизни Потребителя, при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний.

3.1.7. соблюдать при оказании платных медицинских услуг установленные законодательством РФ требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления

3.1.8. выдать Потребителю/Заказчику необходимую медицинскую документацию (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

3.2. «Исполнитель» вправе:

3.2.1. требовать от Потребителя/Заказчика предоставления информации о состоянии здоровья (ранее перенесенных и наследственных заболеваниях, противопоказаниях по применению лекарственных средств и т.п.), необходимой для оказания ему медицинских услуг по настоящему Договору.

3.2.2. при согласии Потребителя/Заказчика привлекать иные медицинские организации, услуги которых окажутся необходимыми в ходе оказания услуги в рамках настоящего Договора.

3.2.3. требовать от Пациента/Заказчика оплаты оказанных медицинских услуг.

3.3. «Потребитель/Заказчик» обязуется:

3.3.1. оплатить предоставленную Исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены Договором.

3.3.2. выполнять все рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу).

3.3.3. своевременно информировать медицинских работников об изменении состояния здоровья в процессе диагностики и лечения, а также в случае возникновения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, либо подозрении на них.

3.3.4. соблюдать:

- график приема врачей-специалистов;

- режим лечения;

- правила поведения в медицинской организации.

3.4. «Потребитель/Заказчик» имеет право:

3.4.1. на получение квалифицированных медицинских услуг.

3.4.2. получать необходимую информацию о деятельности Исполнителя по оказанию медицинской помощи Потребителю в рамках настоящего Договора.

3.4.3. на получение информации о своих правах и обязанностях.

3.4.4. на получение полной информации о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

3.4.5. выбрать лечащего врача.

3.4.6. на сохранение конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии здоровья.

3.4.7. отказаться от исполнения договора в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенные им расходов, связанные с исполнением обязательств по настоящему договору.

3.4.8. предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещению ущерба в случае причинения вреда здоровью в соответствии законодательством РФ.

4. Ответственность сторон

4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая свое обязательство по настоящему Договору, будет освобождена от ответственности в случае, если такое неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло в результате наступления чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств, то есть обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажорных обстоятельств).

4.3. В случае возникновения спора, возникшего между Потребителем/Заказчиком и медицинской организацией (Исполнителем) по поводу оказания медицинских услуг по настоящему Договору, может быть разрешен путем переговоров, в порядке установленном действующим законодательством.

5. Срок действия договора

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до исполнения Сторонами своих обязательств.

6. Порядок изменения и расторжения договора

6.1. Любые изменения положений настоящего Договора оговариваются сторонами в письменной форме (в форме дополнительного соглашения), подписанных его сторонами (их уполномоченными представителями).

6.2. В случае отказа Потребителя/Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя/Заказчика о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель/Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанных с исполнением обязательств по Договору.

6.3. Настоящий договор, может быть, расторгнут по соглашению сторон с обязательным письменным уведомлением другой стороны в соответствии с ГК РФ.

7. Заключительные положения

7.1. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, каждый из которых имеет одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика, третий у Потребителя. В случае если договор заключается Потребителем и Исполнителем, он составляется в двух экземплярах.

7.2. При исполнении настоящего Договора Стороны руководствуются действующим законодательством, регулирующим предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями.

7.3. Потребитель уведомлен 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 пациента (Потребителя).

7.4. Потребитель / Заказчик дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме, и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных"

7.5. Приложения к настоящему договору: Акт приемки-сдачи оказанных услуг.

8. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:

Бюджетное учреждение здравоохранения
Омской области «Областная детская
клиническая больница
Адрес: 644001, г. Омск, ул. Куйбышева, 77

Тел: 8 (3812) 36-16-26, 36-22-20
ИНН 5504004638 КПП 550401001
ОГРН 1025500991670

(Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ
серия 55 № 003612258, выдано
Межрайонной инспекцией Федеральной
налоговой службы №12 по Омской области, 06.12.2011 г.)
ОКПО 01937387
ЕКС 40102810245370000044
КС 03224643520000005201
Банк: ОТДЕЛЕНИЕ ОМСК БАНКА
РОССИИ/УФК по Омской области г. Омск
л/с 006.22.004.8
БИК 015209001

(наименование должности,
ФИО должностного лица)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Потребитель/Заказчик

Ф. И. О.

(документ, удостоверяющий личность)

(наименование, серия, номер, кем выдан)

Адрес места жительства: _____

Банковские реквизиты:

Контактный телефон (_____) _____

Потребитель/Заказчик

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

АКТ
приемки - сдачи оказанных услуг

г. Омск

« _____ » _____ 20__ г.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Областная детская клиническая больница», в лице

(Ф.И.О., должность лица, оформляющего договор)

действующей (-го) на основании _____,

(устава, положения, доверенности)

именуемое в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны, и _____

(фамилия, имя, отчество (если имеется),

_____, именуемый в дальнейшем «Потребитель»

(дата рождения Пациента)

или _____, именуемый в

(фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя Потребителя)

дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, составили настоящий акт приемки-сдачи оказанных услуг к Договору на оказание платных медицинских и иных услуг № _____ от _____ года, далее по тексту Договор.

Во исполнение пункта 1.1 Договора, Исполнитель оказал, а Потребитель /Заказчик принял следующие услуги:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги (работ)	Цена за ед. услуги (работы) руб.	Количество	Сумма, руб.
1					
2					
3					
ИТОГО:					

Всего оказано услуг _____ на сумму _____
(сумма прописью)

Вышеперечисленные услуги оказаны Исполнителем своевременно в необходимом объеме и в соответствии с требованиями, установленными Договором к их качеству.

Потребитель/Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуги к Исполнителю не имеет.

Исполнитель:

Бюджетное учреждение здравоохранения
Омской области «Областная детская
клиническая больница
Адрес: 644001, г. Омск, ул. Куйбышева, 77

Тел: 8 (3812) 36-16-26, 36-22-20

ИНН 5504004638 КПП 550401001

ОГРН 1025500991670

(Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ
серия 55 № 003612258, выдано

Межрайонной инспекцией Федеральной
налоговой службы №12 по Омской области, 06.12.2011 г.)

ОКПО 01937387

ЕКС 40102810245370000044

КС 03224643520000005201

Банк: ОТДЕЛЕНИЕ ОМСК БАНКА

РОССИИ/УФК по Омской области г. Омск

л/с 006.22.004.8

БИК 015209001

(наименование должности,
ФИО должностного лица)

(подпись) (расшифровка подписи)
М.П.

Потребитель/Заказчик:

Ф. И. О.

(документ, удостоверяющий личность)

(наименование, серия, номер, кем выдан)

Адрес места жительства: _____

Банковские реквизиты:

Контактный телефон (_____) _____

Потребитель/Заказчик

(подпись) (расшифровка подписи)

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Этот раздел бланка заполняется законным представителем только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан:

Я,

(фамилия, имя, отчество, субъекта персональных данных Потребителя/Заказчика)

документ удостоверяющий личность:

(наименование документа, серия, номер, кем, когда выдан)

зарегистрированный

по

адресу:

(место регистрации)

являюсь законным представителем (**мать, отец, опекун, попечитель**) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(фамилия, имя, отчество ребенка (Потребителя) или недееспособного гражданина - полностью, дата рождения)

Я

(пациент), _____

(фамилия, имя, отчество - полностью пациента (Потребителя) достигшего возраста 15 лет, дата рождения)

документ удостоверяющий личность:

(наименование документа, серия, номер, кем, когда выдан)

зарегистрированный по адресу:

в рамках Договора на оказание платных медицинских и иных услуг, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку бюджетным учреждением здравоохранения Омской области «Областная детская клиническая больница», расположенным по адресу: г. Омск, ул. Куйбышева, д.77, далее – *Оператор*, моих/представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным, персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес регистрации, проживания, гражданство, контактный телефон, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ДМС, изображения в процессе видеонаблюдения, данные о состоянии 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 /представляемому ребенку или лицу, признанному недееспособным, медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои/представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным, персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего/представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным, обследования и лечения.

С целью осуществления контроля качества предоставляемых медицинских услуг, даю согласие на обработку, хранение, использование и уничтожение персональных биометрических данных (физиологические и биологические особенности человека, в том числе на изображение (фото-, видео-), полученные путем видеонаблюдения. Срок хранения

персональных биометрических данных составляет 1 (один) календарный месяц, уничтожаются автоматически в течение одного месяца с момента записи информации.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными моими /представляемым ребенком или лица, признанного недееспособным, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои/представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, а также договором об оказании платных медицинских услуг.

Срок хранения моих/представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным, персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 (двадцать пять) лет.

Передача моих/представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным, персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного 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:

а) прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне/представляемому ребенку или лицу, признанному недееспособным, до этого медицинской помощи;

б) уничтожить (стереть) все мои/представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны.

Моя собственноручная подпись ниже удостоверяет, что вышеизложенный текст мною прочитан, все заполнено мною собственноручно.

Настоящее согласие дано мной _____
(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

« _____ » _____ 20 ____ года.

Уведомление (согласие) потребителя/заказчика

Я, _____, именуемый в дальнейшем «**Потребитель**»
(*фамилия, имя, отчество, дата рождения Пациента*)

или _____ именуемый в дальнейшем «**Заказчик**»
(*фамилия, имя, отчество законного представителя Потребителя*)

в соответствии с п. 6, 15 постановления Правительства РФ от 04.10.2012 года № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», в доступной для меня форме, проинформирован (а) о нижеследующем:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- 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;

Я добровольно принял (а) решение об обращении за получением платных медицинских и иных услуг в бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Областная детская клиническая больница» (БУЗОО «ОДКБ»).

Я, _____ выражаю свое согласие
(*фамилия, имя, отчество Потребителя или Заказчика*)

на подписание договора, на оказание платных медицинских и иных услуг с БУЗОО «ОДКБ»

« _____ » _____ 20_ г.

_____.

