**УВЕДОМЛЕНИЕ**

(в соответствии с п.15. «Правил предоставления медицинскими организациями

платных медицинских услуг», Утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006)

Я, гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ настоящим уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника ГБУЗ НСО «ГКБ № 1», 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 моего здоровья.

Подтверждаю, что уведомлен(а) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

Подпись «Заказчика»(«Пациента») \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Договор N \_\_\_\_\_**

**об оказании платных медицинских услуг**

**(с физическим лицом)**

г. Новосибирск «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуем\_\_ в дальнейшем "Заказчик",(Ф.И.О.)

дата рождения "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г., паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. к.-п. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,зарегистрирован\_\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны, и государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская клиническая больница № 1», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Бравве Юрия Иосифовича, действующего на основании Устава, (свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ от 26.12.2012 г., выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №16 по Новосибирской области, лицензия, выданная министерством здравоохранения Новосибирской области, адрес: г. Новосибирск, Красный пр.,18, тел 222-15-61, № ЛО – 54-01-004133 от 27.10.2016) с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель на основании обращения Заказчика обязуется оказать Пациенту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО) следующие медицинские услуги: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, а Заказчик обязуется оплатить эти услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Оказание медицинских услуг производится по месту нахождения Исполнителя, по адресу: г.Новосибирск, ул. Залесского, д.6.

1.3. Заказчику и Пациенту разъяснены возможные варианты результата лечения, их исход, в том числе негативные последствия.

1.4. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

1.5. В медицинской документации Пациента (истории болезни или амбулаторной карте) указываются жалобы, поставленный диагноз, предложенные варианты лечения и выбранный Пациентом вариант. Под указанной информацией должна стоять подпись Пациента, лечащего врача (иного специалиста), дата внесения записи и номер договора.

1.6. Пациент также имеет право на получение платных немедицинских услуг (сервисных и иных услуг), предоставляемых Исполнителем дополнительно при оказании медицинских услуг.

1.7. Ответственный представитель Исполнителя для решения общих вопросов и обеспечения контроля за выполнением условий договора – Кравченко Юлия Владимировна.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**2.1. Обязанности Заказчика:**

2.1.1. Своевременно оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим договором.

2.1.2. Своевременно подписывать отчеты (акты) об оказании услуг.

**2.1. Обязанности Пациента**

2.1.4. Представлять Исполнителю документы, необходимые для лечения (обследования, освидетельствования) и другие материалы.

2.1.5. Своевременно информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.1.6. Соблюдать правила поведения Пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения.

2.1.7. Выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

**2.2. Заказчик имеет право:**

2.2.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с [п. 1.1](#Par41) настоящего Договора;

2.2.2. До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомляет Заказчика и Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), 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;

**2.3. Обязанности Исполнителя:**

2.3.1. Обеспечивать своевременное предоставление Пациенту медицинской помощи надлежащего качества.

2.3.2. Вести персональный учет услуг, оказанных Пациенту, и представить Прейскурант цен на оказываемые платные услуги.

2.3.3. Обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения о:

а) порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

б) данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) сведения о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

г) других сведениях, относящихся к предмету настоящего договора;

2.3.4. Не передавать и не показывать третьим лицам находящуюся у Исполнителя документацию о Пациенте;

2.3.5. Давать при необходимости по просьбе Заказчика разъяснения о ходе оказания услуг ему и заинтересованным лицам, включая государственные и судебные органы;

2.3.6. Представить Заказчику список своих сотрудников, обладающих специальным образованием и профессиональными навыками, которые будут оказывать медицинские услуги;

2.3.7. Представлять Заказчику материалы и заключения о ходе оказания услуг в печатном виде;

2.3.8. Предоставить в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2.3.9. Представлять для ознакомления по требованию Заказчика копию:

а) Устава Исполнителя;

б) лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.

2.3.10. Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

**2.3. Исполнитель имеет право:**

2.3.1. Получать от Заказчика и Пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

2.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

2.4. Заказчик подтверждает, что он полностью ознакомлен с Прейскурантом цен, действующим на момент заключения договора.

2.5. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию (в том числе персональные данные Пациента), полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

**3. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА**

3.1. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Пациента на получение платных медицинских услуг, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

3.2. Условия получения Пациентом медицинских услуг: амбулаторно; в дневном стационаре, стационарно.

3.3. До начала оказания услуг Исполнитель по требованию Заказчика составляет Смету на предоставление платных медицинских услуг. При этом она является неотъемлемой частью договора.

3.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика. Без согласия Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3.5. Предоставление Исполнителем дополнительных услуг оформляется дополнительным соглашением Сторон и оплачивается дополнительно.

3.6. В случае отказа Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

3.7. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.8. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 г. N 2300-1 «О защите прав потребителей».

**4. ЦЕНА ДОГОВОРА, СРОКИ И ПОРЯДОК РАСЧЕТА**

4.1. Стоимость медицинских услуг составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей \_\_\_ копеек, НДС не облагается.

4.2. Медицинские услуги, предоставленные Пациенту, оплачиваются по прейскурантам цен, утвержденным приказом главного врача Исполнителя.

4.3. Оплата дополнительных услуг производится на основании отчета (акта) об оказанных услугах в течение 2 календарных дней с момента его оформления Сторонами, но не позднее даты выписки Пациента из стационара.

4.4. Оплата за оказываемые услуги производится путем внесения в кассу Исполнителя наличного платежа либо безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя в размере 100 % суммы, указанной в.п.4.1. на оплату оказываемых услуг.

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

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

5.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Заказчик вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;

- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;

- потребовать исполнения услуги другим специалистом;

- расторгнуть настоящий Договор и потребовать возмещения убытков.

5.3. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение другой Стороной своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

5.4. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по договору, обязана не позднее 2 дней с моменты их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

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

5.6. Исполнитель и его работники, оказывающие услуги по настоящему Договору, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Пациенту медицинской помощи.

**6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

6.2. Срок рассмотрения и ответа на письменную претензию составляет 10 (десять) календарных дней с момента ее получения.

6.3. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.

**7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

7.1. Настоящий договор заключен на срок с момента заключения договора до момента полного исполнения сторонами своих обязательств.

7.2. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению сторон.

7.3. 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.

**8. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ**

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

8.2.Приложения: Согласие пациента на обработку персональных данных (Приложение №1).

 Информированное добровольное согласие на оказание платных медицинских услуг (Приложение №2).

**9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Пациент:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(Ф.И.О.)Индекс, адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**(подпись /расщифровка/) | **Исполнитель**ГБУЗ НСО «ГКБ № 1»630047, г. Новосибирск, ул. Залесского, д. 6ИНН 540 210 83 56 КПП 540 201 001счет получателя: 406 018 106 000 430 000 01Банк получателя: Сибирское ГУ Банка России г. Новосибирска БИК банка: 045 004 001Получатель: МФ и НП НСО (ГБУЗ НСО «ГКБ № 1») \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Бравве Ю. И./  |

|  |
| --- |
| Приложение № 1 к договору **государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области****«Городская клиническая больница № 1»** |

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

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

(Ф.И.О. полностью)

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

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(дата и название выдавшего органа)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения,

|  |
| --- |
| **Этот раздел бланка заполняется только на несовершеннолетних, либо недееспособных лиц**Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,(Ф.И.О. полностью)проживающий (ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (дата и название выдавшего органа)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель и т.д.) ребенка или лица, признанного недееспособным \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (Ф.И.О. ребенка или недееспособного лица полностью) |

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ “О персональных данных”, даю согласие на обработку **ГБУЗ НСО «ГКБ № 1»** (далее — Оператор) моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), 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.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими (лица, законным представителем которого я являюсь) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе самостоятельно обрабатывать либо передавать на обработку уполномоченным на то должностным лицам, заключившим соглашение о неразглашении персональных данных, мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные посредством внесения их в информационные системы министерства здравоохранения Новосибирской области, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими (лица, законным представителем которого я являюсь) персональными данными со страховой медицинской организацией 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 осуществляется лицом, заключившим соглашение о неразглашении персональных данных.

Срок хранения моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Передача моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных иным лицам или иное их разглашение, кроме случаев, прямо предусмотренных настоящим согласием, может осуществляться только с моего письменного разрешения.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_г. и действует бессрочно.

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.

|  |  |
| --- | --- |
| Субъект персональных данных(законный представитель)  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Представитель оператора  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Должность, ФИО) |

Приложение № 2 к договору

**государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская клиническая больница №1»**

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, нижеподписавшийся(-аяся), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. пациента, законного представителя, дата рождения, адрес)

настоящим подтверждаю, что руководствуясь законодательством об охране здоровья граждан, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме, проинформирован(а) о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в том числе:

1) первичной медико-санитарной помощи, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной;

2) специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной.

Добровольно в соответствии с ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", **даю свое согласие оказание платных медицинских услуг**.

Настоящим также подтверждаю, что я уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, 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 моего здоровья вплоть до его ухудшения и необратимым последствиям, включая летальный исход.

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

расшифровка подписи подпись пациента

(законного представителя)