**ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Нижний Новгород «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Родильный дом № 1 Нижегородского района г. Нижнего Новгорода», место нахождения: 603006, г. Нижний Новгород, ул. Варварская, д. 42/56, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Ниманихиной А.В., действующего на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, по поручению «Потребителя» (ФИО) (место жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г.), именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ТЕРМИНЫ

1.1. Для целей настоящего договора нижеприведенные термины используются в следующем значении:

«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан и иных средств на основании договоров;

«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 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

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

«исполнитель» - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям;

«медицинский работник» - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности.

* 1. В настоящем договоре могут быть использованы термины, не определенные в п.1.1. Договора. В этом случае толкование такого термина производится в соответствии со смыслом настоящего договора. В случае невозможности однозначного толкования термина, исходя из смысла настоящего договора, следует руководствоваться толкованием термина, определенным действующим законодательством РФ.

2.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

* 1. Исполнитель обязуется по заданию Потребителя оказать платные медицинские услуги, а именно ведение родов (проведение кесарева сечения) с индивидуальным врачом и послеродового периода, а Потребитель обязуется оплатить эти услуги. Содержание платных медицинских услуг, оказываемых по настоящему Договору, определено в Приложении № 1 к настоящему Договору.
  2. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-52-01-006364 от «28» января 2019 г., выданной Министерством здравоохранения Нижегородской области.
  3. Предоставление медицинских услуг по настоящему договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (Приложением № 2 к настоящему Договору).

2.4. В момент заключения настоящего договора Потребитель информирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*подпись)*/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

2.4. Подписывая настоящий Договор, Потребитель дает свое согласие на обработку его персональных данных (Приложение № 3) и предоставление платных медицинских услуг, оговоренных в настоящем Договоре, в том числе и медицинских услуг, предусмотренных в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/.

2.5. Потребитель уведомлен о том, что несоблюдение им указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой услуги, отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя или ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

* 1. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего договора , Исполнитель ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. №1006) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/.
  2. Платные медицинские услуги оказываются по адресу: г. Нижний Новгород, ул. Варварская, дом 42/56.
  3. Отсутствие ожидаемого Потребителем результата, если Исполнитель предпринял все необходимые профессиональные действия, которые требовались по характеру обязательств и условиям Договора, не является основанием для признания платных медицинских услуг неоказанными или оказанными ненадлежащим образом.

3.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Своевременно и качественно оказывать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора;

3.1.2. Обеспечить соответствие оказываемых платных медицинских услуг лицензии Исполнителя и требованиям, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории Российской Федерации. При оказании медицинских услуг использовать оборудование, инструментарий и материалы, разрешенные к применению в Российской Федерации, имеющие соответствующие сертификаты и сроки годности. Соблюдать порядки, стандарты и протоколы оказания медицинской помощи;

3.1.3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала при оказании платных медицинских услуг Потребителю;

3.1.4. После исполнения настоящего договора выдать Потребителю (его законному представителю) по его требованию медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг и акт выполненных работ;

3.1.5. Предоставлять Потребителю (его законному представителю) по его требованию и в доступной для него форме информацию о состоянии здоровья Потребителя, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;

3.1.6. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления;

3.1.7. Предупредить Потребителя (его законного представителя) в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, оказание дополнительных платных медицинских услуг осуществляется по Дополнительному соглашению к настоящему договору;

3.1.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг

потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, бесплатно оказать такие услуги в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Требовать от Потребителя предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг;

3.2.2. Требовать от Потребителя бережного отношения к имуществу Исполнителя и соблюдения им Правил внутреннего распорядка Исполнителя;

3.2.3. Отказать в оказании платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний у Потребителя;

* + 1. .Отказаться от исполнения настоящего договора при нарушении Потребителем условий п. 3.2.2, раздел 4 настоящего договора;
    2. . Самостоятельно определять характер исследований и манипуляций, необходимых для установления диагноза и лечения Потребителя;
    3. . В случае непредвиденного отсутствия избранного Потребителем для оказания платных медицинских услуг врача-специалиста в момент оказания платных медицинских услуг назначить другого врача-специалиста соответствующего профиля и квалификации (по согласованию с Потребителем).

3.3. Заказчик обязан:

3.3.1. Оплатить стоимость платных медицинских услуг, оказываемых в соответствии с настоящим договором, в порядке и сроки, установленные в п. 4.1 - 4.5. настоящего договора;

3.4. Потребитель обязан:

3.4.1. До начала оказания платных медицинских услуг сообщить Исполнителю все сведения о наличии у него заболеваний, аллергических реакций, перенесенных операциях, полученных травмах, противопоказаниях к применению каких-либо лекарств и процедур или процедур, о ранее проводимом лечении и ходе его протекания, иную информацию, влияющую на протекание или лечение заболевания;

3.4.2. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору;

3.4.3. Отказаться на весь период предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков, курения;

3.4.4. Соблюдать Правила внутреннего распорядка Исполнителя, санитарно-

эпидемиологические требования, правила техники безопасности и противопожарной безопасности, требования и предписания медицинского персонала Исполнителя, бережно относится к имуществу Исполнителя;

3.4.5.При возникновении каких-либо осложнений, прямо или косвенно

связанных с оказанием платных медицинских услуг Исполнителем, предоставить об этом информацию Исполнителю, в том числе и в случае непредвиденной госпитализации в другое медицинское учреждение, если способен это сделать по состоянию своего здоровья.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

3.4.2. Выбрать врача-специалиста для оказания платных медицинских услуг по настоящему Договору;

3.4.3. Требовать от Исполнителя предоставления сведений о методе возможного лечения, свойствах приобретаемого изделия медицинского назначения, о связанном с ними риске, о возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях;

3.4.4. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты фактически понесенных Исполнителем расходов;

3.4.5. На сохранение врачебной тайны.

4.СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Стоимость платных медицинских услуг устанавливается в соответствии с действующим на момент заключения настоящего Договора прейскурантом платных медицинских услуг Исполнителя и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.2. Оплата платных медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Заказчиком в размере 100 % стоимости платных медицинских услуг, определенной в соответствии с п. 4.1. настоящего Договора, до начала их оказания наличными денежными средствами в кассу Исполнителя.

4.3. Окончательная стоимость платной медицинской услуги определяется актом выполненных работ по факту оказания платной медицинской услуги.

4.4. В случае предоставления дополнительных лечебных, диагностических мероприятий, увеличения срока пребывания в стационаре, Заказчик обязуется доплатить за оказанную медицинскую услугу в соответствии с Прейскурантом в кассу Исполнителя.

4.5. В случае уменьшения срока пребывания в стационаре или уменьшения количества проведенных лечебных и диагностических мероприятий, Исполнитель обязуется вернуть переплаченные суммы по письменному заявлению Заказчика безналичным перечислением на расчетный счет Заказчика.

5.СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

5.1. Срок пребывания в стационаре Потребителя по настоящему Договору составляет \_\_\_ койко/дней. Срок оказания платных медицинских услуг может быть продлен по решению лечащего врача-специалиста по медицинским показаниям.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

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

6.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору, причиной которого стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, а также в случае, если Потребитель не проинформировал Исполнителя об обстоятельствах, указанных в 3.3.2 настоящего Договора, если вред причинен в результате обоснованного профессионального риска.

6.4. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств по настоящему Договору в случае наступления форс-мажорных обстоятельств.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению Сторон в любое время.

7.2. Договор расторгается в случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения платных медицинских услуг. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

8.ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

8.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору совершаются посредством заключения Сторонами дополнительного соглашения к настоящему Договору, являющегося его неотъемлемой частью.

8.3. Все уведомления, сообщения, претензии и иные документы должны направляться в письменной форме или иным способом, позволяющим определить конкретного отправителя и получателя корреспонденции, а также дату его отправления и получения.

* 1. Настоящий Договор составлен в 3 (трех) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

9.АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**  Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Родильный дом № 1 Нижегородского района г. Нижнего Новгорода»  Место нахождения: 603006, г. Нижний Новгород, ул. Варварская, д. 42/56  ИНН: 5260072609  ОГРН:1035205398360  КПП:526001001  р/с 40601810422023000001  Банк получателя: Волго-Вятское главное управление Центрального банка РФ  к/с:  БИК:042202001  тел.: (831) 421-37-70 (бухгалтерия)  e-mail: rod\_dom1@mail.ru  Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Ниманихина А.В. /  «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г. | **Заказчик**  ФИО:  Дата и место рождения:  Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт гр-на РФ серия \_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  код подразделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Заказчик  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_./  «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г. |

мп мп

Приложение № 1

к Договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на оказание платных медицинских услуг

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

СОДЕРЖАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Платные медицинские услуги, оказываемые на основании заключенного между Исполнителем, Заказчиком и Потребителем договора № \_\_\_\_ на оказание платных медицинских услуг от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г., - ведение родов (кесарева сечения) с индивидуальным врачом — включают в себя:

1.1. Консультация лечащего врача-специалиста с выработкой окончательной тактики ведения родов;

1.2. Ведение родов (проведение кесарева сечения) и послеродового периода в соответствии с порядками, стандартами и протоколами оказания акушерско-гинекологической помощи;

1.3. Ведение родов (проведение кесарева сечения) осуществляется персональным врачом-акушером-гинекологом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1.5.Возможно присутствие родственников (по желанию).

1.6. Пребывание в послеродовом периоде в одно, двух - местной палате, соответствующей санитарно—гигиеническим нормам совместно с ребенком (при отсутствии противопоказаний) с возможностью посещения родственниками в соответствии с правилами посещения пациентов, действующими у Исполнителя.

* 1. В течение 30 календарных дней после родов лечащий врач акушер-гинеколог проводит одну консультацию в Учреждении.

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**  Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Ниманихина А.В.  «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г. | **Потребитель**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/      «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 г. |

Согласен:

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

Приложение № 2

к Договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на оказание платных медицинских услуг

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

ИНФОРМАЦИОНОЕ СОГЛАСИЕ

ОБ ОБЪЕМЕ И УСЛОВИЯХ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в рамках договора на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г., желаю получить платные медицинские услуг в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Нижегородской области «Родильный дом № 1 Нижегородского района г. Нижнего Новгорода» (далее по тексту – Исполнитель), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг и даю своё согласие на их получение, и осознаю, что мне могут оказать, аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я согласна(ен) 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.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы медицинских работников Исполнителя.

Я подтверждаю, что при подписании настоящего информированного согласия меня уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья и состоянии здоровья ребенка.

Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое согласие на их оплату.

Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения от медицинских работников понятны и меня удовлетворяют. Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к договору на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ о т \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Потребитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Подпись

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019г.

Приложение № 3

к Договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на оказание платных медицинских услуг

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г.

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

|  |  |
| --- | --- |
| **Ф.И.О. пациента:** |  |

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, даю свое согласие Государственному бюджетному учреждению здравоохранения Нижегородской области «Родильный дом № 1 Нижегородского района г. Нижнего Новгорода» (далее – Оператор), расположенному по адресу: 603006, г. Нижний Новгород, ул. Варварская, д. 42/56, на обработку персональных данных для осуществления медико-профилактических целей, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающихся медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну по следующему перечню персональных данных: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета, номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу.

Предоставляю Оператору право осуществлять ведение персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности.

В случае, если Оператор поручит обработку персональных данных другому лицу, ответственность перед субъектом персональных данных за действия указанного лица несет Оператор. Лицо, осуществляющее обработку персональных данных по поручению Оператора, несет ответственность перед Оператором.

Даю согласие субъекта персональных данных на обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) в течение срока хранения истории родов – двадцать пять лет.

Оставляю за собой право отозвать согласие субъекта персональных данных (законного представителя) на обработку его персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое будет вручено лично под расписку представителю Оператора или направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019г.

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