**ДОГОВОР №**

**ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

.

г. Омск «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_года

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Городская детская клиническая больница № 3» (сокращенное наименование – БУЗОО «ГДКБ № 3»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Сухарева Андрея Леонидовича, действующего на основании Устава, адрес места нахождения: 644029, г. Омск, ул. Магистральная, д. 31, корпус 2, Литер А, свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 1 июля 2002 года от 11.10.2002 г. серия 55 № 001493881, выдано Инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по Советскому административному округу г. Омска, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО-55-01-002570 от 12.07.2019 г., выданную Министерством здравоохранения Омской области (644043, г. Омск, ул. Красный Путь, д. 6, тел: 46-50-25, 25-84-19), которая находится в доступной форме на информационном стенде Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», с одной стороны, и

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

(Сведения о Заказчике: Фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес место жительства, номер конт..тел.)

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» со второй стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Сведения о Потребителе: Фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес место жительства, дата рождения)

именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

.

1.1. Исполнитель обязуется на основании обращения Заказчика оказывать Потребителю следующие медицинские и сопутствующие услуги из Информации о величине платы за оказание услуг (работ) бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Городская детская клиническая больница № 3» от \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.: направленным Заказчиком, а именно: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Наименование медицинских услуг)

Услуги оказываются по наименованиям, в количестве и по ценам, указанным в **Приложении №1** к настоящему договору (далее по тексту - «Услуги»), а Заказчик обязуется оплатить их в порядке и размере, установленном настоящим договором.

1.2. В случае если при предоставлении платных медицинских и иных услуг потребуется предоставление на возмездной основе дополнительных услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика/Потребителя. Стоимость этих услуг согласовывается Исполнителем с Заказчиком/ Потребителем дополнительно. Без согласия Заказчика / Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

1.3. 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, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», при этом Исполнитель самостоятельно определяет объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим договором.

1.4. Платные медицинские и иные услуги должны быть оказаны в следующие сроки:

- начало оказания медицинских услуг с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_ г.

- окончание медицинских услуг до «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_ г.

1.5. По согласованию сторон срок оказания медицинских услуг может быть изменен.

1.6. Услуги по настоящему договору предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством РФ. Подписание данного документа подтверждает получение Потребителем (законным представителем Потребителя) всей необходимой для принятия решения информации.

1.7. Заказчик уведомлением соглашается с тем, что по настоящему договору в качестве Потребителя может выступать непосредственно сам Заказчик, а также иные третьи лица, в том числе, но не ограничиваясь, несовершеннолетний ребёнок Заказчика, родитель Заказчика, недееспособный член семьи Заказчика, за оказание услуг которым Заказчик производит оплату Исполнителю.

1.8. При заключении договора Заказчик / Потребитель уведомлен об альтернативной возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программыгосударственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ,

СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость Услуг(и) устанавливается действующим на момент обращения Информацией о величине платы за оказание услуг (работ) бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Городская детская клиническая больница № 3» цен (тарифов) и составляет от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_года\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2.2. Оплата Услуг(и) осуществляется Заказчиком в порядке 100-процентной предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на лицевой счёт Исполнителя.

2.3. Оплата Услуг осуществляется Заказчиком после беседы с врачом-специалистом.

3. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

3.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему договору в помещениях БУЗОО «ГДКБ № 3» по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.)

3.2. До заключения настоящего договора Заказчику /Потребителю предоставлена информация о Правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждённых Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

3.3. До заключения настоящего договора Заказчику /Потребителю предоставлена информация об Исполнителе, о лицензии на право осуществления медицинской деятельности и соответствующем ей перечне платных услуг, которые имеет право оказывать Исполнитель, а также о ценах на платные услуги, условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, о графике работы медработников и режиме работы Исполнителя, о контролирующих органах как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1.Исполнитель обязуется:

4.1.1. Своевременно и качественно и в полном объёме оказывать медицинские услуги в соответствии порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения РФ.

4.1.2. По требованию Заказчика/ Потребителя:

4.1.2.1. предоставить в доступной форме сведения о стандартах и порядках оказания медицинской помощи, конкретном медицинском работнике, оказывающем услугу, его образовании и квалификации, о методах оказания медицинской помощи, связанных с ним рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

4.1.2.2. предоставить в доступной форме информацию о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, а также о возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, а также об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;

4.1.2.3. предоставить для ознакомления копию Устава, копию Лицензии на осуществление медицинской деятельности, с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией;

4.1.2.4. предоставить смету на оказание платных медицинских услуг, при этом она является неотъемлемой частью настоящего договора.

4.1.3. Исполнитель обязуется выдать документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

4.1.4. Исполнитель обязуется выдать Заказчику/Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг.

4.1.5. Исполнитель обязуется при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

4.1.6. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Потребителя (врачебную тайну).

Исполнитель имеет право:

4.1.7. Требовать от Заказчика/ Потребителя соблюдения внутреннего режима лечебного учреждения, графика прохождения процедур, соблюдения режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний;

4.2. Заказчик/ Потребитель обязуется:

4.2.1. Оплатить предоставленную Исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены настоящим договором.

4.2.2. До оказания медицинской услуги информировать врача о перенесенных Заказчиком/ Потребителем заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, а также другие сведения, влияющие на протекание и лечение заболевания.

4.2.3. Выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе соблюдать режим работы учреждения и график приёма врачей-специалистов, а также режим приема лекарственных препаратов, режим питания и другиепредписания;

4.2.4. Надлежащим образом исполнять условия настоящего договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего договора.

4.3. Заказчик/ Потребитель имеет право:

4.3.1. Получать от Исполнителя в доступной форме имеющуюся информацию о состоянии здоровья Заказчика/ Потребителя, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

4.3.2. Требовать соблюдения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья Заказчика/ Потребителя, диагнозе его заболевания и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Исполнитель несет ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

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

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение договора, причиной которого стало нарушение Заказчиком/Потребителем условий настоящего договора, а также по основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

5.4. В случае отказа Заказчика/ Потребителя после заключения настоящего договора от получения медицинских услуг, он уплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнение настоящего договора.

6. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

6.1. Все споры по настоящему договору разрешаются сторонами путем переговоров.

6.2. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующем законодательством РФ.

7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств по договору.

7.2. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны.

7.3. Договор составлен в трех экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика, третий – у Потребителя. В случае если Заказчиком является сам Потребитель, то договор составляется в двух экземплярах.

8. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ.

8.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебную тайну).

8.2. С письменного согласия Потребителя или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя.

8.3.Заказчик/Потребитель подтверждает свое согласие на обработку уполномоченными сотрудниками Исполнителя своих персональных данных (данных представляемого лица), а именно: фамилия; имя; отчество; пол; место рождения; дата рождения;гражданство; место и дата регистрации; место жительства; адрес проживания; данные (реквизиты) документа, удостоверяющего личность(паспорта); адрес электронной почты; контактный телефон; реквизиты полиса ДМС (при наличии); СНИЛС; данные о состоянии моегоздоровья (представляемого лица), включая, в том числе, но неисключительно, анамнез, диагноз; случаях обращения за медицинской помощью; перечень,срок и объем оказанной медицинской помощи и иные персональные данные, обрабатываемые в целях установления медицинского диагноза иоказания медицинских услуг, а также в целяхосуществления учета и контроля качества и безопасности медицинских услуг (далее – «Персональные данные»).

Заказчик/ Потребитель предоставляет Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с его Персональными данными (Персональными данными представляемого лица), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование,обезличивание, блокирование, уничтожение. Исполнитель вправе обрабатывать Персональные данные Заказчика/ Потребителя (Персональные данные представляемого лица) посредством внесения их в электронную базу данных.

Настоящее согласие действует бессрочно до момента его отзыва Потребителем в порядке, установленном законодательством РФ.

9. Виды работ (услуг), выполняемых (оказываемых)

в составе лицензирующего вида деятельности

Виды работ (услуг), выполняемых (оказываемых) в составе лицензирующего вида деятельности:

анестезиология и реаниматология, детская хирургия, детская урология-андрология, травматология и ортопедия, нейрохирургия, торакальная хирургия, мануальная терапия, гастроэнтерология, неврология, нефрология, педиатрия, вакцинация, детская кардиология, детская эндокринология, акушерство и гинекология, оториноларингология, офтальмология, эндоскопия, клиническая лабораторная диагностика, функциональная диагностика, рентгенология, МРТ, ультразвуковая диагностика, физиотерапия, лечебная физкультура, медицинский массаж.

10. ПОДПИСИ СТОРОН

**Исполнитель: Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Городская детская клиническая больница № 3»**

Адрес: 644029, г. Омск, ул. Магистральная, д. 31, корп. 2, литер А.

Министерство финансов Омской области (БУЗОО "ГДКБ № 3" л/с 006220418)

ИНН 5501034095, КПП 550101001, БИК 045209001, ОКТМО 52701000

Р/сч 40601810300003000003Отделение Омск, КБК 00600000000000000130

ОГРН 102 550 051 4577

Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.Л. Сухарев

**Заказчик ФИО:**

Адрес места жительства:

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

Телефон:

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

Потребитель **ФИО:**

Адрес места жительства:

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

Телефон:

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

Приложение №1 к договору

оказания платных медицинских

услуг

№ \_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_г.

Перечень услуг - смета:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование | Цена за единицу, руб. | Количество | Стоимость, руб. |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
|  | Итого: | | |  |

Всего \_\_\_\_\_\_\_\_\_ наименования на сумму \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей \_\_\_ копеек, НДС не облагается.

От Исполнителя От Заказчика

Главный врач БУЗОО «ГДКБ № 3» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (А.Л. Сухарев) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинской организации**

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Городская детская клиническая больница № 3», в соответствии с п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинской организации - бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Городская детская клиническая больница № 3» (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 потребителя.

С уведомлением ознакомлен(ы) до заключения договора оказания платных медицинских услуг.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ года

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

ФИО потребителя (подпись)

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

ФИО заказчика (подпись)

**Заявление**

**о согласии на обработку персональных данных потребителя** (либо его законного представителя) **бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Городская детская клиническая больница №3»**

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

(Фамилия, Имя, Отчество)

законный представитель несовершеннолетнего (потребителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, год рождения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (вид основного документа, удостоверяющего личность)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (кем и когда выдан)

Проживающий (ая) по адресу

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

даю письменное согласие **бюджетному учреждению здравоохранения Омской области**

**«Городская детская клиническая больница № 3» (далее – БУЗОО «ГДКБ № 3»),**

адрес места нахождения: 644029, Омская область, г. Омск, ул.Магистральная, д.31, корп.2, литер А на обработку своих персональных данных (данных представляемого лица), а именно: фамилия; имя; отчество; пол; место рождения; дата рождения; гражданство; место и дата регистрации; место жительства; адрес проживания; данные (реквизиты) документа, удостоверяющего личность (паспорта); адрес электронной почты; контактный телефон; реквизиты полиса ДМС (при наличии); СНИЛС; данные о состоянии моего здоровья (представляемого лица), включая, в том числе, но неисключительно, анамнез, диагноз; случаях обращения за медицинской помощью; перечень, срок и объем оказанной медицинской помощи и иные персональные данные, обрабатываемые в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях осуществления учета и контроля качества и безопасности медицинских услуг (далее – «Персональные данные»).

Я предоставляю БУЗОО «ГДКБ № 3» право осуществлять все действия (операции) с моими Персональными данными (Персональными данными представляемого лица), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. БУЗОО «ГДКБ № 3» вправе обрабатывать мои Персональные данные (Персональные данные представляемого лица) посредством внесения их в электронную базу данных.

Настоящее согласие действует бессрочно до момента его отзыва Потребителем или его законным представителем в порядке, установленном законодательством РФ.

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

(подпись субъекта персональных данных или его представителя) (расшифровка подписи)

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