**Договор №\_\_\_\_\_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Балаково «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 г.

**Государственное учреждение здравоохранения Саратовской области «Балаковская районная поликлиника»**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице **главного врача Овсянникова Александра Юрьевича** действующего на основании Устава с одной стороны, и гражданин (ка)

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

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

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

1. **Предмет договора**

1.1. Потребитель  поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги. Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность на основании лицензии  № ЛО-64-01-002196, выданной  30.01.2014 г. Министерством здравоохранения Саратовской области, находящегося   по адресу: г. Саратов, ул. Железнодорожная, д. 72, тел. 8(845-2) 49-17-45). Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 2 по Саратовской области, дата внесения записи 22.04.1996г., бланк серия 64 № 003296293.
1.2. Заказчик  обязуется своевременно оплатить медицинские услуги на условиях настоящего Договора в соответствии с действующим прейскурантом Исполнителя на платные медицинские услуги.
1.3. Содержание и объем, платных медицинских услуг согласовываются сторонами (Приложение №1 к настоящему Договору), являющимся  неотъемлемой частью настоящего Договора.
1.4. Перечень работ (услуг) составляющие медицинскую деятельность Исполнителя   указан в Приложении №4 к настоящему Договору.

1.5. Платная медицинская услуга должна быть оказана Исполнителем Потребителю в течение 30 дней.

1.6. Режим работы Исполнителя по оказанию платных медицинских услуг Заказчику:

|  |  |
| --- | --- |
| Дни работы  | Время работы  |
| Понедельник, вторник, среда, четверг, пятница  | 08:00-19:00  |

**2.  Права и обязанности сторон**

2.1.    Исполнитель обязуется:
2.1.1.    Обеспечить    соответствие    предоставляемых    медицинских   услуг   лицензии    учреждения    и требованиям,   предъявляемым   к  методам  диагностики   профилактики   и  лечения,   разрешенным   на территории Российской Федерации.
2.1.2.    Предоставить Потребителю полную и достоверную информацию о режиме работы, медицинском персонале, методиках применяемых при оказании платных медицинских услуг, составе и свойствах используемых   при   лечении   медикаментов   и   материалов,   результатах   предполагаемого   лечения, возможных болевых ощущениях, возможных осложнениях, о наличии альтернативных видов и порядке предоставления   бесплатных   медицинских   услуг   предусмотренных   Территориальной   программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.
2.1.3.    Выполнить услуги в сроки, согласованные с Потребителем.
2.2.    Исполнитель имеет право:
2.2.1. Отложить или отменить лечебные или диагностические мероприятия, в том числе в день процедуры, в случае обнаружения у Потребителя противопоказаний по состоянию здоровья;
2.2.2.   При изменении клинической ситуации, изменить план и сроки лечения с согласия Потребителя;
2.2.3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день назначенной медицинской услуги, назначить другого специалиста;
2.2 4.    В   одностороннем   порядке  изменить  цены   на  оказываемые  платные  медицинские  услуги   в соответствие с меняющимися условиями рынка на медицинские услуги. При этом учет и расходы   за оказываемые медицинские услуги в случае предоплаты Заказчиком  медицинских услуг, осуществляются по действующему на момент внесения предоплаты прейскуранту Исполнителя.
2.2.5.    Отказаться в одностороннем порядке от выполнения медицинской услуги в целом или ее части или этапа, в случае отказа Потребителя подписать предложенную ему форму отказа от медицинского  вмешательства, лечения,  операции,   в  соответствии  с  п.2.3.4.   настоящего Договора.
2.3.    Потребитель обязуется:
2.3.1. Подписать до заключения Договора предложенную Исполнителем форму согласия на предоставление платных медицинских услуг (Приложение №2 к настоящему договору).
2.3.2. Предоставить необходимую для Исполнителя полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенных ранее обследованиях, медицинских манипуляциях и вмешательствах, а также лечении, имеющихся у него аллергических реакциях и противопоказаниях, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг;
2.3.3. Сообщать обо всех переменах в состоянии своего здоровья, как в процессе оказания медицинской услуги, так и после ее оказания, заботиться о своем здоровье.
2.3.4. Подписать предложенные Исполнителем формы информированного добровольного согласия о предстоящем обследовании, медицинских манипуляциях и вмешательстве, включая все виды лечения и операций в случае отказа от медицинского вмешательства - подписать установленную Исполнителем форму отказа от медицинского вмешательства. Формы информированного добровольного согласия и отказа от медицинского вмешательства являются неотъемлемой частью медицинской документации
2.3.5. Выполнять требования персонала Исполнителя,   обеспечивающие безопасность   и   качественное предоставление   медицинской   услуги,   включая:   выполнение   рекомендаций   лечащего   врача,   плана лечения,     соблюдение     распорядка,     правил     санитарно-противоэпидемического      режима,     техники безопасности и противопожарной безопасности;
2.3.6.  Своевременно     являться     на     прием,     а     при     невозможности     явки     по     уважительной причине, предупредить об этом Исполнителя;
2.3.7. Уважительно относится к пациентам, обслуживающему и медицинскому персоналу Исполнителя, не предпринимать никаких действий, способных нанести  ущерб здоровью других  пациентов,  персонала Исполнителя и окружающих.
2.3.8. Не предъявлять особых требований по обеспечению сервисных услуг, если  это не  входит в перечень и   стоимость   предоставляемых   услуг   и   не   оговорено   заранее,   все   финансовые   расчеты с Исполнителем услуг производить только в установленном порядке в соответствии с п.3.3.  настоящего Договора.
2.4.   Потребитель имеет право:
2.4.1. На предоставление полной и достоверной информации о предоставляемой услуге;
2.4.2.Знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность Исполнителя и его персонала (квалификация, категория и сертификат специалиста).
2.4.3. На возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги,  при  наличии вины Исполнителя.
2.5. Заказчик обязуется:
2.5.1. Оплатить предоставленные  услуги   по действующему прейскуранту, в соответствии с условиями Договора, в день оказания услуги.
 **3.  Стоимость услуг и порядок расчетов**
3.1.  Стоимость услуг определяется по действующему на день оплаты прейскуранту Исполнителя;
3.2. Перечень  оказываемых  услуг,  их  стоимость,  дата/сроки  выполнения  и   размер платежа    указываются   в дополнительном соглашении, которое является неотъемлемой частью настоящего  договора (Приложение №1 к настоящему договору).
3.3. Оплата услуг  осуществляется в форме 100 % предоплаты  путем наличного расчета с выдачей квитанции  или безналичным расчетом, путем перевода денежных средств на лицевой счет Исполнителя.
 **4.      Ответственность сторон**
4.1. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за неисполнение, либо ненадлежащие исполнение условий   настоящего  договора,   несоблюдение  требований,   предъявляемым   к   методикам   диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории РФ, а также в случаях причинения вред здоровью и жизни Потребителя.
4.2. В случае предоставления ненадлежащей услуги Потребитель, в праве, потребовать:
4.2.1. Безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;
4.2.2. Соответственного уменьшения цены оказанной услуги.
4.3. При  не соблюдении Исполнителем  сроков оказания  медицинских  услуг, оплаченных Потребителем,  Потребитель  вправе по своему выбору:
4.3.1.  Назначить новый срок оказания услуги;
4.3.2.  Потребовать возврата сумм оплаченных за не оказанную услугу;
4.3.3.  Потребовать исполнение услуги другим специалистом.
4.4. Исполнитель освобождается от ответственности за причинение вреда здоровью Потребителю в случае если:
4.4.1. Проявились осложнения связанные с тем,  что Потребитель не представил  полную и  достоверную информацию об имеющихся у него заболеваниях;
4.4.2. В   соответствие   с   потребностями  лечебно-диагностического   процесса,   особенностями   течения конкретного     заболевания     и/или     для     предотвращения     возможных     осложнений    Потребителю были назначены     дополнительные     методы     диагностики     и/или     лечения,     но     Потребитель     не     выполнил  назначения;
4.4.3.  Осложнения наступили из-за несоблюдения врачебных рекомендаций;
4.4.4.  Вред причинен в рамках обоснованного профессионального врачебного риска;
4.4.5. Наступили предусмотренные и указанные в Договоре и/или в дополнительном  соглашении к договору,    и/или    в    медицинской    карте    Потребителя    вредные    эффекты,    соответствующие    объему медицинского    вмешательства, обусловленные    анатомическими    особенностями    организма    и/или выраженностью основного заболевания.
4.4.6. Отказа Исполнителя от оказания медицинских услуг по настоящему Договору при отказе Потребителя подписать    предложенные  в  соответствии  с  п. 2.3.4 настоящего Договора формы отказа от медицинского вмешательства.
4.5. Отсутствие ожидаемого Потребителем результата, если Исполнитель при  той степени заботливости и осмотрительности,   которая от него требовалась   по   характеру   обязательств   и   условиям   договора, предпринял  все необходимые профессиональные действия,    не является основанием для   признания оказанной медицинской услуги ненадлежащей.
4.6. Потребитель  гарантирует, что при возникновении каких-либо осложнений, прямо или косвенно связанных с выполнением медицинских услуг Исполнителем, обратится за медицинской помощью к Исполнителю.  В случае непредвиденной госпитализации  в другое медицинское учреждение Потребитель  предоставит об этом  информацию Исполнителю, если способен это сделать по состоянию здоровья.
4.7. Меры   ответственности   сторон   не   предусмотренные   в   настоящем   Договоре,   применяются   в соответствие с нормами гражданского законодательства действующего на территории РФ.
 **5. Порядок изменения и расторжения договора**
5.1. Все изменения и  дополнения  к  настоящему  договору  считаются  действительными, если  они  оформлены  в  письменном  виде  и  подписаны Сторонами.
5.2. Договор, может быть, досрочно расторгнут по соглашению Сторон, либо по требованию одной из Сторон в порядке и по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ, по решению суда.
5.3. Потребитель  имеет право расторгнуть в одностороннем порядке договор в любое время, оплатив Исполнителю по прейскуранту фактически понесенные Исполнителем расходы.
5.4. **Настоящий Договор расторгается в случае отказа** Потребитель **после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует** Потребителя **о расторжении настоящего Договора по инициативе** Потребителя**, при этом** Потребитель **оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.**
 **6.  Порядок разрешения споров**
6.1.    Все     споры     и     разногласия,  возникшие    при     исполнении    настоящего    договора,    решаются путем переговоров Сторон.
6.2. В   случае   невозможности   урегулирования   споров   путем   переговоров (клинико-экспертной комиссией), споры   разрешаются в Арбитражном суде   Саратовской области в соответствии с действующим законодательством РФ.

 **7.  Заключительные положения**

7.1.    Данный   договор   вступает   в   силу   с   момента   подписания   его   сторонами   и   действует   до исполнения принятых на себя обязательств.
7.2.    Неотъемлемыми частями договора являются: подписанные сторонами дополнительное соглашение  и медицинская карта Потребителя, которая хранится у Исполнителя;
7.3. Потребитель  ознакомлен   с   порядком    предоставления    и   видами   бесплатных   медицинских   услуг предусмотренных  Программой государственных гарантий  бесплатного  оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной  программой     государственных  гарантий оказания  гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.
7.4. Договор составлен в  3-х (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.
Приложение №1 –  калькуляция;
Приложение №2 - информированное добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг;
Приложение №3 - согласие пациента на обработку персональных данных;
Приложение №4 -  перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ГУЗ СО «БРП»  в соответствии с лицензией от  30.01.2014 г. № ЛО-64-01-002196.

 **9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Потребитель** | **Исполнитель** |
|  | **Государственное учреждение здравоохранения Саратовской области «Балаковская районная поликлиника»:** |
| Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Юридический адрес: 413840, Саратовская область, г. Балаково, ул. Комсомольская, д. 29 ОГРН 1026401415127 ИНН 6439024425/ КПП643901001Банк Отделение Саратов г. Саратов БИК 046311001 ОКАТО 63407000000р/с 40601810800003000001 Министерство финансов Саратовской области (ГУЗ СО «БРП» л/с 039030922)Главный врач А.Ю. Овсянников **телефон (8453) 35-44-04** |

(*эта часть заполняется после оказания услуг*)

Услуги оплачены. Претензий нет. "Потребитель" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись, ф.и.о.

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

*Приложение № 1*

 *к договору №\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» 2015*

Калькуляция

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  | Наименование услуги | Ед. изм. | Всего кол-во | Цена, руб. | Сумма, руб. |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| ИТОГО |  |  |  |  |

**Итого**: (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) **рубль \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ копеек.**

Потребитель Исполнитель

 ГУЗ СО «БРП»

 Главный врач

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**А.Ю. Овсянников/**

 (подпись) (Ф.И.О.)

м.п. м.п.

 *Приложение № 2*

 *к договору №\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» 2015г.*

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
 НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**
Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(фамилия, имя, отчество - полностью)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Заполняется  только  на  недееспособных граждан:
Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ являюсь  законным   представителем  (опекун, попечитель) лица признанного недееспособным: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                   (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина -   полностью, год рождения)

- Информирован (а)  о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
- Поставлен (а) в известность о том, что в соответствии с ст.84  Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Постановлением Правительства  Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» я имею право  на получение платных медицинских услуг и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи.
- Поставлен (а) в известность, что в соответствии с п.15  Постановлением Правительства  Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» несоблюдение указаний (рекомендаций) 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  моем состоянии здоровья.
- Добровольно даю свое согласие  персоналу ГУЗ СО «БРП» на предоставление платных медицинских услуг и отказываюсь от предложенной возможности получения   бесплатной медицинской помощи за счет государственных средств.
\* 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».

 *Приложение № 3*

 *к договору №*

 **СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(фамилия, имя, отчество - полностью)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

года рождения, проживающий (ая) по адресу: Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Заполняется  только  на  недееспособных граждан:
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ являюсь  законным   представителем  (опекун, попечитель) лица признанного недееспособным: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                   (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина -   полностью, год рождения)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(название выдавшего органа), в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» №152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку  государственным учреждением здравоохранения Саратовской области «Балаковская районная поликлиника» (далее-Учреждение) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.
В процессе оказания Учреждением мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Учреждения, в интересах моего обследования и лечения.
Предоставляю Учреждению право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Учреждение вправе обрабатывать мои персональные данные пос редством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.
Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет  5 лет.
Передача моих персональных данных  иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.
Настоящее согласие дано мной **«17 06 2015 г.** и действует бессрочно.
Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Учреждения по почте  заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Учреждения.
В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Учреждение обязано прекратить  их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения расчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

*Приложение № 4*

*к договору №*

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ГУЗ СО «БРП» в соответствии лицензии от  30.01.2014 г. № ЛО-64-01-002196.
Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности:
- 413840, Саратовская область, г. Балаково, ул. Комсомольская, д.29

Выполняемые работы, оказываемые услуги:
При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, лечебному делу, медицинской статистике, медицинскому массажу, неотложной медицинской помощи, операционному делу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, бактериологии, физиотерапии, функциональной диагностике, эпидемиологии, вакцинации (проведению профилактических прививок); при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), неотложной медицинской помощи, терапии; при оказании первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: гематологии, дерматовенерологии, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), инфекционным болезням, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, неврологии, неотложной медицинской помощи, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, профпатологии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, бактериологии, стоматологии, общей практики, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии, эпидемиологии, гастроэнтерологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), хирургии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным и периодическим), медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители, медицинскому освидетельствованию на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи.