**Положение о предоставлении платных медицинских услуг в**

**Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Калужской области**

**«Калужский областной врачебно-физкультурный диспансер»**

1. **Общая часть**

Платная медицинская услуга, оказанная сверх территориальной программы государ­ственных гарантий бесплатной медицинской помощи - это возмездное оказание медицинской помощи в рамках договоров с гражданами или юридическими лицами, в том числе по программам добровольного медицинского страхования, осуществляемое в государственных учреждениях здравоохранения области.

1.1 Предоставление платных медицинских услуг осуществляется в соответствии с основными нормативными актами Российской Федерации:

1. Гражданским кодексом Российской Федерации;
2. Трудовым Кодексом Российской Федерации;
3. Бюджетным кодексом Российской Федерации;
4. Налоговым кодексом Российской Федерации;
5. Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
6. Федеральным законом от 12.01.96 г. № 7-ФЗ «О некоммерческих ор­ганизациях»;
7. Законом Российской Федерации от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
8. Федеральным законом от 29.11.2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
9. Постановление правительства Калужской области от 31.12.2022 г. №1039 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калужской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов»;
10. Приказом Министерства здравоохранения Калужской области от 16.02.2009 № 86 "Об утверждении Положения о порядке расходования средств, полученных от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности, и методических рекомендаций по формированию стоимости услуг, оказываемых для населения на платной основе;
11. [Постановление Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. № 736 ["Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_447009/)](http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202305120025)".
    1. Признать утратившим силу Положение о предоставлении платных медицинских услуг в ГБУЗ КО КОВФД от 01 июля 2016 года.

**2. Основания и условия для оказания платных медицинских услуг.**

2.1. Основанием для оказания платных медицинских услуг является:

- Добровольное желание пациента получить определенную медицин­скую услугу на платной основе, выраженное в письменном договоре между па­циентом и учреждением здравоохранения.

2.2. Обязательными условиями для оказания платных медицинских услуг медицинскими учреждениями являются:

- Наличие сертификата, лицензии на избранный вид медицинской услуги на основании Федерального закона от 04.05.2011г. №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;

-Устав лечебного учреждения, определяющий право учреждения на оказание платных услуг в пределах основной уставной деятельности.

2.3. При оказании платных медицинских услуг, режим работы сотруд­ников учреждения здравоохранения не должен совпадать с основным рабочим временем, за исключением:

- услуг, предоставляемым юридическим лицам в соответствии с законодательством Российской Федерации за счёт средств работодателя;

- случаев, когда технология выполнения медицинских услуг ограничена рамками основного рабочего времени учреждения;

- случаев, когда условия работы за счет интенсивности труда сотрудника позволяют оказывать платные услуги без ущерба для оказания бесплатной медицинской помощи.

**3. Условия предоставления платных медицинских услуг**

3.1. При заключении договора потребителю и (или) заказчику предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках [программы](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=141711&dst=100068&field=134&date=10.07.2023) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа).

Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

3.2. ГБУЗ КО «Калужский областной врачебно-физкультурный диспансер» (далее – ГБУЗ КО КОВФД) имеет право оказывать платные медицинские услуги:

а) на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, в следующих случаях:

назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в [перечень](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=436033&dst=105018&field=134&date=10.07.2023) жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлены жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также не закупаемых за счет бюджетных ассигнований бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации;

применение медицинских изделий, не закупаемых за счет бюджетных ассигнований бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации и не подлежащих оплате в рамках программы и территориальной программы;

б) анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

в) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, которые предусмотрены [статьей 21](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=449568&dst=100273&field=134&date=10.07.2023) Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", а также за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме.

3.3. Условия использования материально-технической базы и привлечения медицинских работников для оказания платных медицинских услуг, а также порядок определения цен (тарифов) на платные медицинские услуги, предоставляемые ГБУЗ КО КОВФД, устанавливаются органом, осуществляющим функции и полномочия учредителя ГБУЗ КО КОВФД.

Оказание платных медицинских услуг ГБУЗ КО КОВФД, в случае участия в реализации программы и территориальных программ, включающих в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования, не должно приводить к снижению объемов и увеличению сроков ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в рамках программы и территориальных программ.

3.4. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

а) на основе [клинических рекомендаций](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=141711&dst=100123&field=134&date=10.07.2023);

б) с учетом [стандартов](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=141711&dst=100005&field=134&date=10.07.2023) медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).

3.5. Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию потребителя и (или) заказчика.

**4. Информация об исполнителе и предоставляемых**

**им медицинских услугах**

4.1 Информация об исполнителе и предоставляемых им платных медицинских услугах доводится до сведения потребителей в соответствии со [статьями 8](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=433294&dst=100052&field=134&date=10.07.2023) - [10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=433294&dst=100060&field=134&date=10.07.2023) Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 "О защите прав потребителей".

4.2.Исполнитель - юридическое лицо (ГБУЗ КО КОВФД) обязан предоставить потребителю и (или) заказчику следующую информацию:

а) адрес юридического лица в пределах места нахождения юридического лица (территориально обособленного структурного подразделения юридического лица), основной государственный регистрационный номер, идентификационный номер налогоплательщика;

б) адрес своего сайта в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть "Интернет") (при его наличии);

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

4.3.Исполнитель представляет для ознакомления по требованию потребителя и (или) заказчика выписку из единого государственного реестра юридических лиц.

4.4.Исполнителем в соответствии со [статьей 9](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=433294&dst=100477&field=134&date=10.07.2023) Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 "О защите прав потребителей" должны быть предоставлены информация о лицензии на осуществление медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем указанную лицензию.

В случае временного приостановления деятельности ГБУЗ КО КОВФД для проведения санитарных, ремонтных и иных мероприятий исполнитель обязан информировать потребителей путем размещения информации на сайте ГБУЗ КО КОВФД либо в иной доступной форме о дате приостановления деятельности и времени, в течение которого деятельность ГБУЗ КО КОВФД будет приостановлена.

4.5. Помимо информации, предусмотренной п. 4.1.- [4.4](#p59) настоящего Положения, исполнитель обязан довести до сведения потребителя и (или) заказчика следующую информацию:

а) перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, предусмотренной пунктом 3.5 настоящего Положения, с указанием цен в рублях;

б) сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;

в) стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;

г) сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг;

д) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

е) график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

ж) образцы договоров;

з) перечень категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления учредителем ГБУЗ КО КОВФД - Министерством здравоохранения Калужской области;

и) адреса и телефоны учредителя ГБУЗ КО КОВФД, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее - органы государственной власти и организации).

4.6 Информация, п.п.4.1.-4.4. настоящего Положения, доводится до сведения потребителей посредством размещения на сайте медицинской организации в сети "Интернет" (при наличии у медицинской организации такого сайта) и на информационных стендах (стойках) медицинской организации в наглядной и доступной форме.

Информация, размещенная на информационных стендах (стойках), должна быть доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени ГБУЗ КО КОВФД, предоставляющего платные медицинские услуги.

4.7. При заключении договора потребителю и (или) заказчику должна предоставляться в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

а) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

б) информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

в) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

4.8. В договоре должна содержаться информация об уведомлении потребителя и (или) заказчика о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным [законом](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=449568&date=10.07.2023) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в ГБУЗ КО КОВФД.

4.9. Исполнитель доводит до потребителя и (или) заказчика информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также сообщает почтовый адрес или адрес электронной почты (при наличии), на которые может быть направлено обращение (жалоба).

В случае если такая информация исполнителем не предоставлена, потребитель и (или) заказчик вправе направить обращение (жалобу) в любой форме и любым способом.

**5.** **Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг**

5.1.Договор заключается потребителем и (или) заказчиком с исполнителем в письменной форме (форма договора – Приложение 1).

5.2. Договор должен содержать следующую информацию:

а) сведения об исполнителе:

наименование ГБУЗ КО КОВФД, адрес, основной государственный регистрационный номер и идентификационный номер налогоплательщика;

сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности, информация о лицензии на осуществление медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем лицензию, [перечень](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=410138&dst=100084&field=134&date=10.07.2023) предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией;

б) сведения о потребителе:

фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения, и телефон;

данные документа, удостоверяющего личность;

в) сведения о законном представителе потребителя или лице, заключающем договор от имени потребителя:

фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства и телефон;

данные документа, удостоверяющего личность;

г) сведения о заказчике (в том числе если заказчик и законный представитель являются одним лицом):

фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства и телефон заказчика - физического лица;

данные документа, удостоверяющего личность заказчика;

данные документа, удостоверяющего личность законного представителя потребителя;

наименование и адрес заказчика - юридического лица в пределах его места нахождения, основной государственный регистрационный номер и идентификационный номер налогоплательщика;

д) перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором;

е) стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты;

ж) условия и сроки ожидания платных медицинских услуг;

з) сведения о лице, заключающем договор от имени исполнителя:

фамилия, имя, отчество (при наличии);

должность;

документ, подтверждающий полномочия указанного лица;

и) подписи исполнителя и потребителя (заказчика), а в случае если заказчик является юридическим лицом, - должность лица, заключающего договор от имени заказчика;

к) ответственность сторон за невыполнение условий договора;

л) порядок изменения и расторжения договора;

м) порядок и условия выдачи потребителю (законному представителю потребителя) после исполнения договора исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы;

н) иные условия, определяемые по соглашению сторон.

5.3. До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

5.4. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя.

В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.

Договор хранится в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации.

5.5. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета.

5.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом потребителя и (или) заказчика.

Без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости исполнитель не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе, если иное не оговорено в основном договоре.

5.7. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом потребитель и (или) заказчик оплачивают исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5.8. Потребитель и (или) заказчик обязаны оплатить оказанную исполнителем медицинскую услугу (выполненную работу) в порядке и сроки, которые установлены договором.

5.9. Потребителю и (или) заказчику в случаях, установленных законодательством Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники, выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

5.10. В целях защиты прав потребителя ГБУЗ КО КОВФД по обращению потребителя выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы потребителя и (или) заказчика на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:

а) копия договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);

б) справка об оплате медицинских услуг по установленной форме;

5.11. Заключение договора и оплата медицинских услуг заказчиком в случаях, если заказчик выступает страховщиком по добровольному медицинскому страхованию потребителя, осуществляются в порядке, предусмотренном настоящим разделом.

**6**. **Порядок предоставления платных медицинских услуг**

6.1. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к таким услугам.

В случае если федеральным законом или иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

6.2. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (форма информированного добровольного согласия потребителя ((законного представителя потребителя) – Приложение 2), а также согласия на обработку и передачу персональных данных (форма согласия на обработку и передачу персональных данных – Приложение 3).

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

6.4. Исполнитель предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

а) о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

б) 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, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

6.5. При оказании платных медицинских услуг обязанность исполнителя по возврату денежной суммы, уплаченной потребителем и (или) заказчиком по договору, возникает в соответствии с [главой III](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=433294&dst=100185&field=134&date=10.07.2023) Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей".

**7. Обязанности и права пациентов**

7.1. Пациенты, пользующиеся платными медицинскими услугами, обязаны:

-оплатить стоимость предоставляемой медицинской услуги по утвержденному прейскуранту цен;

-выполнять рекомендации специалистов, обеспечивающие качественное предоставле­ние платной медицинской услуги, и предоставлять необходимые для этого све­дения;

7.2. Пациенты, пользующиеся платными медицинскими услугами, в слу­чае неудовлетворения качеством и сроками их исполнения, имеют право:

-назначить новый срок оказания услуг;

-потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги; расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков. Неудовлетворительное качество исполнения медицинских услуг под­тверждается комиссионно с привлечением независимых экспертов.

7.3. При нарушении условий договора потребителю выплачивается неустойка в порядке и размере, определяемых За­коном Российской Федерации «О защите прав потребителей» и договором.

7.4. По соглашению (договору) сторон указанная неустойка может быть оплачена: за счет уменьшения стоимости предоставленной медицинской услу­ги; предоставления потребителю дополнительных услуг без оплаты; возврата части ранее внесенного аванса.

7.5. Претензии и споры, возникшие между потребителем и учреждением здравоохранения, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.6. Все претензии к учреждению здравоохранения оформляются  
пациентом письменно, в виде заявления на имя руководителя учреждения с  
обязательным приложением копии договора, паспорта. Заявление рассматривается и по нему выносится решение.

1. **Ответственность исполнителя при предоставлении платных**

**медицинских услуг**

8.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

8.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**9. Адреса предоставления платных медицинских услуг**

9.1. Платные медицинские услуги предоставляются по следующему адресу: г. Калуга, ул. Космонавта Комарова, д. 55.

Приложение 1

к Положению о предоставлении

платных медицинских услуг в

Государственном бюджетном

учреждении здравоохранения

Калужской области

«Калужский областной

врачебно-физкультурный диспансер»

от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 года

До заключения договора Исполнитель уведомляет Потребителя (Заказчика) о том, что в соответствии с Федеральным [законом](https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=444218#l0) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", обязан соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации. Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя (Заказчика). До заключения договора Потребитель (Заказчик) ознакомлен с прейскурантом диспансера, порядком оказания платных медицинских услуг.

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

(подпись) (расшифровка подписи) (дата)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **г. Калуга** Договор на оказание платных услуг | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| от | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калужской области «Калужский областной врачебно-физкультурный диспансер» (сокращенно ГБУЗ КО КОВФД). Место нахождения: 248600, г. Калуга, ул. Космонавта Комарова, д. 55 , именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»,** в лице и.о. главного врача Жилкиной Александры Александровны, действующей на основании Устава, Свидетельства о постановке на учет в налоговом органе по месту нахождения Инспекции Федеральной налоговой службы по Ленинскому округу г. Калуги серия 40 № 001350167, поставлен на учет 02.12.1996г., Лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01158-40/00326316 от 10.08.2018г., срок действия – бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Калужской области, находящимся по адресу: 248016, г. Калуга, ул. Пролетарская, д.111, перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией: 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: лечебной физкультуре; медицинской статистике; медицинскому массажу; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре и спортивной медицине; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; рефлексотерапии; травматологии и ортопедии; физиотерапии; функциональной диагностике; при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 года № 736 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу Постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 года № 1006» с одной стороны, и | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ФИО |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (Ф.И.О./Ф.И.О. родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Адрес места жительства | | | | | | | | | | | | город: | | | | **Калуга** | | | | | | | | | | улица | | | | | |  | | | | | | | | | |
| дом | | | |  | | | | | | корпус | | | |  | | | | кв. | | | | телефон | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| именуемый в дальнейшем «**Потребитель»**, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:  1. Предмет договора  Потребитель поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Название: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | число услуг | | | | | | |  | | | |
| Порядок оказания платных медицинских услуг регулируется настоящим договором, а также Положением о предоставлении платных медицинских услуг ГБУЗ КО КОВФД. Срок ожидания медицинских услуг составляет 14 календарных дней. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2. Срок оказания медицинских услуг | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Стоимость и порядок оплаты | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1*.Стоимость согласно утвержденному прейскуранту цен составляет* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **руб.** | | | | | | | | | | | | |
| 2.2. Оплата за платные медицинские услуги производится Потребителем, его законным представителем, страховой компанией либо третьим лицом на расчетный счет Исполнителя или посредством наличной оплаты в кассу учреждения.  **3**. Права и обязанности сторон  Исполнитель обязан:  Оказать Потребителю квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленный настоящим договором срок;  Исполнение всех действий (манипуляции, процедуры, диагностические и лечебные вмешательства, назначение препаратов, методов лечения, обследования и др.) произвести в строгом соответствии с требованиями Минздрава РФ и объективным состоянием здоровья Потребителя;  Предоставить Потребителю бесплатную, доступную, и достоверную информацию о предоставляемых услугах.  Предупредить Потребителя о том, что если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, эти услуги Потребителю будут оказаны на возмездной основе.  Потребитель обязан:  Произвести оплату платных услуг по расценкам прейскуранта, с которым Потребитель ознакомился перед заключением настоящего договора;  Произвести оплату платных услуг при заключении договора в полном размере.  Явиться на лечение в установленное время, согласованное с врачом;  Точно выполнять назначения и рекомендации врача и медицинского персонала;  Информировать врача до оказания медицинских услуг о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;  Информировать обо всех изменениях в состоянии здоровья при получении назначенного лечения и лекарственных препаратов;  Во время наблюдения и лечения не использовать препараты, назначенные специалистами других лечебных учреждений, без уведомления лечащего врача.  В соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.  Потребитель имеет право:  По согласованию с Исполнителем заменить лечащего врача другим штатным специалистом;  Получить информацию о результатах проведенного лечения, своем состоянии здоровья, действия лекарственных препаратов и их побочных проявлениях;  Знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения и его врачей;  На возмещение вреда в случае ненадлежащего исполнения Исполнителем своих обязанностей;  Отказаться от получения платной услуги и получить обратно оплаченную сумму за вычетом уже выполненных услуг (части услуг) или затрат, связанных с подготовкой оказания услуги;  4. Заверения об обстоятельствах  4.1. Потребитель заверяет, что он уведомлен о том, что данная услуга является платной.  4.2. Потребитель заверяет, что он ознакомлен с прейскурантом цен на услуги и согласен с ценой данной услуги.  4.3. Потребитель заверяет, что он предупрежден о возможности получения им альтернативной медицинской помощи бесплатно в рамках программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.  4.4. Потребитель заверяет, что он отказался от предложенной альтернативной бесплатной медицинской помощи.  5.Информация о предоставлении медицинских услуг  5.1. Перед оказанием медицинской услуги врач или медицинский персонал устанавливает отсутствие противопоказаний для проведения медицинской услуги. Медицинская услуга не оказывается, если у Потребителя имеются острые воспалительные заболевания.  5.2. Потребитель уведомлен об уровне профессионального образования и квалификации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги, указанные в пункте 1.1. настоящего договора.  5.3. С учетом самой технологии выполнения медицинских услуг Потребитель должен знать и осознавать побочные эффекты медицинского вмешательства и осложнения.  5.4. В связи с тем, что побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность, Исполнитель не несет ответственность за наступление осложнений, если медицинские услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований. В случае если осложнения требовали оказания срочной медицинской помощи, Исполнитель устраняет подобные вредные последствия без дополнительной платы.  5.5. Потребитель подтверждает, что ознакомлен с дополнительной информацией, касающейся особенностей данных медицинских услуг и условиями ее предоставления.  6. Соблюдение медицинской тайны и конфиденциальности  Исполнитель ведет установленную медицинскую документацию, подтверждающую выполнение медицинских услуг. При этом Исполнитель гарантирует соблюдение конфиденциальности и неразглашение медицинской тайны, кроме случаев, предусмотренных законом.  ***7.Антикоррупционная оговорка***  *7.1. При исполнении своих обязательств по договору Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не выплачивают, не предлагают выплатить и не разрешают выплату каких-либо денежных средств или ценностей, прямо или косвенно, любым лицам, работникам друг друга, для оказания влияния на действия или решения этих лиц с целью получить какие-либо неправомерные преимущества или иные неправомерные цели.*  *7.2. При исполнении своих обязательств по договору Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не осуществляют действия, квалифицируемые действующим законодательством как дача/получение взятки, коммерческий подкуп, предоставление каких-либо гарантий, не связанных с предметом договора, а также иные действия, нарушающие требования законодательства о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем.*  *7.3. В случае возникновения у одной из Сторон подозрений, что произошло или может произойти нарушение положений данной статьи договора, соответствующая Сторона обязуется уведомить другую Сторону в письменной форме. В письменном уведомлении Сторона обязана сослаться на факты или предоставить материалы, достоверно подтверждающие или дающие основание предполагать, что произошло или может произойти нарушение положений данной статьи договора контрагентом, его аффилированными лицами, работниками или посредниками. После письменного уведомления Стороны имеют право приостановить исполнение обязательств по настоящему договору до получения подтверждения, что нарушение не произошло и не произойдет. Такое подтверждение должно быть направлено в течение десяти рабочих дней с даты направления письменного уведомления.*  7.4. В случае нарушения одной из Сторон обязательств воздержаться от запрещенных в данной статье действий другая Сторона имеет право расторгнуть договор в одностороннем порядке, направив письменное уведомление о расторжении договора.  8. Ответственности сторон  8.1. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги Потребитель вправе по собственному выбору потребовать:  безвозмездного устранения недостатков оказания услуг;  соответствующего уменьшения цены услуги;  возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказания услуги в других медицинских учреждениях;  8.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Потребителем своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательство РФ.  9. Порядок изменения и расторжения договора  9.1. Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон.  9.2. Договор может быть изменен или расторгнут по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ.  10. Прочие условия  10.1. В случае, если из-за несовершеннолетия, недееспособности, инвалидности или тяжести заболевания Потребитель не в состоянии заключить договор с Исполнителем, то родители, или совершеннолетние родственники или опекуны, а так же лица, ухаживающие за Потребителем, вправе заключить настоящий договор от его имени и в его интересах, равно как и контролировать выполнение настоящего договора.  10.2. Договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до полного исполнения договорных обязательств.  10.3. Споры и разногласия решаются путем переговоров, привлечения независимой экспертизы и в судебном порядке.  10.4. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, а другой у Потребителя.  **11. Порядок и условия выдачи исполнителем медицинских документов.**  Медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях после исполнения настоящего договора предоставляются исполнителем потребителю на основании устного или письменного заявления в срок, не превышающий 10 рабочих дней.  12. Реквизиты и подписи сторон:  Исполнитель:  ГБУЗ КО КОВФД 248600, г. Калуга, ул. Космонавта Комарова, 55  ИНН 4027029460 **КПП** 402701001  Р/сч 40601810100003000002 в Отделение Калуга г. Калуга  Л/сч 20740А89370  БИК 042908001  *ОГРН 1024001198077*  *Тел.* *(4842) 788-252; (4842) 788-166* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| И.о. главного врача | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Жилкина А.А. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Потребитель: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ФИО | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | паспорт | | | | | | | | |  | |  | | | | | |
| выдан: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Адрес: | | | | | город | | | | | **Калуга** | | | | | | | | | улица | | |  | | | | | | | | | | | | | | | дом | | |  | |
| корпус | | | |  | | | | | | кв. |  | | | | телефон | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Подпись: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **Акт выполненных работ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| К Договору на оказание платных медицинских услуг от  г. Калуга | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | дата | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Гражданин (ка) | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Именуемый (ая) в дальнейшем **«Потребитель»** с одной стороны, и Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калужской области «Калужский областной врачебно-физкультурный диспансер» (сокращенно ГБУЗ КО КОВФД), именуемое в дальнейшем  **«Исполнитель»,** в лице и.о. главного врача Жилкиной Александры Александровны, с другой стороны, составили настоящий Акт о нижеследующем: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| В период с | | | | | |  | | | | | | | По | |  | | | | | | | | Исполнитель оказал медицинские услуги Потребителю: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | на общую сумму | | | | | | | | **руб.** | | | | | | |
| Медицинские услуги оказаны качественно, в установленные сроки и в полном объеме.  Стороны не имеют друг к другу никаких претензий относительно исполнения Договора.  Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. По одному экземпляру для каждой из сторон. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Исполнитель:** | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | **Потребитель:** | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| дата | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | дата | | | | |  | | | | | | | | | | | | |

Приложение 2

к Положению о предоставлении

платных медицинских услуг в

Государственном бюджетном

учреждении здравоохранения

Калужской области

«Калужский областной

врачебно-физкультурный диспансер»

от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 года

**Информированное добровольное согласие на**

**медицинское вмешательство**

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо

законного представителя)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

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

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании

согласия законным представителем)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г.  рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

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

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских

вмешательств, включенные в [Перечень](https://base.garant.ru/70172996/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/#block_1000) определенных видов медицинских

вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное

согласие при выборе врача и медицинской организации для получения

первичной медико-санитарной помощи, утвержденный [приказом](https://base.garant.ru/70172996/) Министерства

здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля

2012 г. N 390н[1](https://base.garant.ru/403111701/f7ee959fd36b5699076b35abf4f52c5c/#block_11111) (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в

Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения

первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем

которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в **ГБУЗ КО «Калужский областной\_\_ врачебно-физкультурный диспансер»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания

медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских

вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития

осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской

помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких

видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](https://base.garant.ru/70172996/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/#block_1000), или потребовать

его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9](https://base.garant.ru/12191967/9e3305d0d08ff111955ebd93afd10878/#block_2009)

[статьи 20](https://base.garant.ru/12191967/9e3305d0d08ff111955ebd93afd10878/#block_2009) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах

охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому

(которым) в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19](https://base.garant.ru/12191967/95ef042b11da42ac166eeedeb998f688/#block_1955) Федерального

закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан

в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего

здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь

(ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

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

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его

законного представителя, телефон)

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

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)

Приложение 3

к Положению о предоставлении

платных медицинских услуг в

Государственном бюджетном

учреждении здравоохранения

Калужской области

«Калужский областной

врачебно-физкультурный диспансер»

от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 года

**Согласие на обработку и передачу персональных данных.**

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

(фамилия, имя, отчество)

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(вид документа, серия и номер)

выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(кем и когда выдан)

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

в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г.  рождения,

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

Проживающего (ей) по адресу:

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

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ КО «Калужский областной врачебно физкультурный диспансер» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), 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 Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Срок хранения моих персональных данных, соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной на двадцать пять лет.

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.

Моя подпись означает, что текст данного «согласия» я прочитал(а), в нем мне все понятно.

Подпись субъекта персональных данных **V**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

Уполномоченный представитель медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_