

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 40 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГКБ №40 ДЗМ»), ОГРН 1027739691352, выданный 01.11.2011 межрайонной инспекцией ФНС № 46 по г. Москве, действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности от 12.05.2016г. №ЛО-77-01-012270, выданной Департаментом здравоохранения города Москвы, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Начальника отдела по развитию внебюджетной деятельности Аветисяна Армена Григорьевича, действующего на основании Доверенности от 22.02.2017г. № б/н, с одной стороны, и _____, именуемый (-ая) в дальнейшем «Пациент»/«Заказчик» с другой стороны, именуемые вместе «Стороны» и по отдельности «Сторона», заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. По настоящему Договору Исполнитель обязуется оказать Пациенту на возмездной основе платные медицинские услуги (далее по тексту – ПМУ) в объеме и сроки, указанные в Перечне платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, а Пациент обязуется оплатить оказанные услуги в сроки и в порядке, предусмотренные настоящим Договором.

1.2. Пациент подтверждает, что до заключения Договора Исполнитель уведомил Пациента о том, что несоблюдение рекомендаций Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего ПМУ), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой ПМУ, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

1.3. Пациент подтверждает, что до подписания настоящего договора ознакомлен с Программами государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и проинформирован о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Заключая настоящий договор, Пациент добровольно соглашается на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.4. Подписанием настоящего Договора Пациент гарантирует, что он не относится к категории граждан, оказание которым платных медицинских услуг запрещено действующим законодательством Российской Федерации.

1.5. Срок оказания медицинских услуг определяется датой и временем обращения Пациента к Исполнителю. Сроки предоставления (оказания) конкретных услуг, проведения лечения конкретизируются по соглашению с Пациентом, исходя из периода, необходимого для выполнения предусмотренных регламентирующими медицинскую деятельность нормативными документами, профилактических, диагностических и лечебных мероприятий; общего соматического статуса пациента; его психоэмоционального состояния; наличия у него и у врача свободного времени, остроты клинической ситуации. Количество приемов определяется индивидуально.

1.6. Срок оказания медицинских услуг (с учетом п.1.5 настоящего Договора), а также иные условия оказания услуг устанавливается в приложениях и дополнениях к настоящему Договору, которые являются его неотъемлемой частью.

1.7. Для целей настоящего Договора используются следующие понятия:

1.7.1. Пациент – это физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором (пациент);

1.7.2. Заказчик – представитель Пациента – физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести), либо заказывающее (приобретающее) ПМУ в соответствии с настоящим Договором в пользу Пациента.

1.8. В период действия Договора Исполнитель обязуется оказывать медицинские услуги только при наличии предварительно оформленного в письменном виде и подписанного Пациентом информированного добровольного согласия (п.2.2.5 настоящего Договора).

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказывать Пациенту ПМУ в соответствии с Перечнем оказываемых Пациенту ПМУ (Приложение №1 к настоящему Договору), включая ПМУ, определяемые дополнительными соглашениями (п. 3.8. настоящего Договора).

2.1.2. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором после внесения Пациентом денежных средств в порядке, определенном разделом 3 настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

2.1.3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

2.1.4. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством порядке.

2.1.5. Вести учет видов, объемов, стоимости, оказанных Пациенту медицинских услуг, а также денежных средств, поступивших от Пациента.

2.1.6. Немедленно извещать Пациента о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.1.7. После оказания ПМУ выдавать Пациенту (Заказчику) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения ПМУ. В том случае, когда Заказчик и Пациент являются разными лицами все вышеперечисленные документы могут быть предоставлены Заказчику только при наличии письменного согласия на это Пациента.

2.1.8. Предоставлять Пациенту (либо его законному представителю/Заказчику) по его требованию в доступной для него форме информацию, содержащую следующие сведения:

- о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и ожидаемых результатах медицинской помощи;

- об используемых при предоставлении ПМУ лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;

В том случае, когда Заказчик и Пациент являются разными лицами вся вышеперечисленная информация может быть предоставлена Заказчику только при наличии письменного согласия на это Пациента.

2.1.9. При заключении Договора по требованию Пациента (Заказчика) предоставлять в доступной форме информацию о ПМУ, содержащую следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую ПМУ (его профессиональном образовании и квалификации);

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

- другие сведения, определенные действующим законодательством в сфере охраны здоровья и относящиеся к предмету настоящего Договора.

2.1.10. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Пациентом, а также врачебную тайну.

2.1.11. По требованию Пациента (Заказчика) в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты получения соответствующего запроса и в соответствии с частью 3 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса РФ Исполнитель предоставляет ему документы, дающие право на получение налогового вычета из подоходного налога в размере суммы, уплаченной им за оказанные медицинские услуги.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Оплачивать стоимость медицинских услуг, указанных в п. 2.1.1 настоящего Договора, до начала их оказания согласно Прейскуранту Исполнителя, в размере, установленном в Приложении № 1 к настоящему Договору.

2.2.2. Предоставить врачу данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не в учреждении Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях (СПИД, гепатит, бронхиальная астма, сахарный диабет, туберкулез, заболеваниях сердечно-сосудистой системы, венерических заболеваниях и т.д.), о переливаниях крови, перенесенных оперативных вмешательствах, принимаемых лекарственных препаратах и иных факторах, которые могут повлиять на качество оказываемых Исполнителем медицинских услуг.

2.2.3. Ознакомиться и соблюдать порядок и условия предоставления ПМУ по настоящему Договору; правила внутреннего распорядка Исполнителя для пациентов.

2.2.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности;

2.2.5. До начала оказания медицинских услуг и осуществления их оплаты в обязательном порядке дать соответствующие согласия путем подписания нижеуказанных документов: «Согласие на обработку персональных данных»; «Информированное согласие об объеме и условиях, оказываемых платных медицинских услуг». Указанные в настоящем пункте согласия оформляются в одном экземпляре и содержатся в медицинской документации Пациента.

2.2.6. Прибывать на прием в назначенное время при осуществлении предварительной записи. Заблаговременно информировать Исполнителя о невозможности прибыть на прием по тел.: **8 (495) 682-06-09, 8 (985) 604-16-60.**

2.2.7. Соблюдать внутренний распорядок медицинской организации (правила пребывания в медицинской организации) и указания медицинского персонала.

3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

3.1. Стоимость ПМУ, оказываемых Пациенту согласно п. 1.1 настоящего договора, определяется в Приложении №1 к настоящему Договору на основании Прейскуранта цен Исполнителя (далее – Прейскурант).

3.2. Расчеты между сторонами осуществляются в российских рублях за наличный или безналичный расчет. Стоимость услуг банка при переводе средств за ПМУ на счет Исполнителя через отделения банков оплачивается Заказчиком самостоятельно.

3.3. В случае если оплата медицинских услуг производится в наличной форме, Заказчику (Пациенту) в соответствии с законодательством РФ выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).

3.4. Оплата медицинских услуг осуществляется Заказчиком (Пациентом) в следующем порядке:

3.4.1. Единовременно в полном объеме до начала оказания медицинских услуг;

3.4.2. Внесением аванса в размере _____ рублей _____ коп. до начала оказания медицинских услуг. Окончательная стоимость оказанных медицинских услуг оплачивается Заказчиком (Пациентом) не позднее дня проведения последней медицинской манипуляции.

3.5. В случае, если оплата стоимости услуг производится третьим лицом, третье лицо должно быть ознакомлено Пациентом с условиями настоящего Договора.

3.6. В случае, если по каким-либо причинам, не зависящим от Исполнителя и Пациента, объем оказываемых Пациенту медицинских услуг, предусмотренный настоящим Договором, сократится либо оказание медицинских услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, стороны подписывают дополнительное соглашение, при этом с Заказчика (Пациента) удерживается сумма за оказанные медицинские услуги, а также фактически понесенные Исполнителем расходы. Остаток суммы, внесенной за ПМУ, предусмотренные п. 1.1 настоящего договора, возвращается Заказчику (Пациенту) на указанный в заявлении счет, открытый в банке (кредитной организации) в течение 30 рабочих дней.

3.7. В случае отказа Пациента от получения медицинских услуг; продолжения обследования или лечения путем подачи письменного заявления на имя главного врача Исполнителя, стороны подписывают дополнительное соглашение, при этом с Пациента удерживается сумма за оказанные медицинские услуги, а также фактически понесенные Исполнителем расходы. Остаток суммы, внесенной за медицинские услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего договора, возвращается Заказчику (Пациенту) на указанный в заявлении счет, открытый в банке (кредитной организации) в течение 30 рабочих дней.

3.8. В случае необходимости увеличения объема медицинских услуг либо изменения иных условий Договора стороны заключают дополнительное соглашение к Договору.

3.9. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, установленного лечебного режима и т.п., стоимость медицинских услуг подлежит оплате в полном объеме.

4. Ответственность сторон

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

4.2. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора по основаниям, предусмотренным законодательством РФ, а также по причине нарушения его условий Пациентом (включая случаи предоставления Пациентом неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 2.2.2 Договора) либо в случаях, вызванных медицинскими показаниями, а также в случае, предусмотренном п. 3.6, 3.7, 3.9 Договора, в том числе если:

- проявились осложнения, связанные с тем, что пациент не предоставил специалистам Исполнителя полную и достоверную информацию об имеющихся у него заболеваниях;
- в соответствии с потребностями лечебно-диагностического процесса и/или для предотвращения возможных осложнений пациенту были назначены дополнительные методы диагностики и/или лечения, но пациент не выполнил эти назначения;
- осложнения наступили из-за несоблюдения врачебных рекомендаций;
- вред причинен в рамках обоснованного профессионального риска.

4.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение, либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы или других форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки, принятие компетентными органами решений и т.п.), препятствующие выполнению обязательств по настоящему Договору.

5. Срок действия договора

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами Договора и действует в течение 1 (одного) года. Если за один месяц до истечения срока действия настоящего Договора ни одна из Сторон не заявит в письменном виде о его расторжении, Договор признается продленным на прежних условиях сроком на один год. В порядке, установленном настоящим пунктом, Договор может продлеваться неограниченное число раз.

6. Порядок изменения и прекращения договора

6.1. В случае если при предоставлении ПМУ потребуются предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента.

6.2. Перечень и стоимость услуг оказываемых на возмездной основе, в соответствии с п.3.8 и п.6.1 настоящего Договора согласовывается сторонами путем подписания дополнительного Соглашения к настоящему Договору.

6.3. Оплата дополнительных услуг производится в порядке, предусмотренном разделом 3 Договора.

6.4. Срок оказания услуг, предусмотренный п. 1.5 настоящего Договора, может быть изменен, путем подписания дополнительного соглашения, являющегося неотъемлемой частью настоящего договора.

6.5. Договор может быть прекращен до истечения срока его действия:

- 6.5.1. по соглашению сторон, при этом взаиморасчеты осуществляются в порядке и на условиях, предусмотренных п. 3.6 настоящего Договора;
- 6.5.2. в одностороннем порядке Пациентом путем подачи письменного заявления на имя главного врача в любое время до момента начала оказания услуг (услуги), при этом взаиморасчеты осуществляются в порядке и на условиях, предусмотренных п.3.7 настоящего Договора.
- 6.5.3. в одностороннем порядке Исполнителем в случае нарушения Пациентом принятых на себя обязательств по договору и невозможности выполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента, при этом возврат средств, внесенных Пациентом на производится, стоимость медицинских услуг подлежит оплате в полном объеме.

7. Прочие условия

7.1. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Отсутствие ожидаемого результата, если специалистами Исполнителя были предприняты все необходимые профессиональные действия при соблюдении той степени заботливости и осмтрительности, какая от них требовалась по характеру обязательств и условиям настоящего Договора, не является основанием для признания медицинской услуги не надлежаще оказанной.

7.3. Права и обязанности Пациента, предусмотренные условиями настоящего Договора, распространяются на Заказчика в объеме, определенном действующим законодательством в случае заключения договора третьим лицом, в том числе в интересах несовершеннолетнего, недееспособного, ограниченно дееспособного лица.

7.4. При подписании настоящего Договора Стороны допускают использование факсимиле. При этом факсимильная подпись будет иметь такую же силу, что и подлинная подпись уполномоченного лица.

7.5. Все споры, возникающие при заключении, исполнении, расторжении настоящего Договора, разрешаются Сторонами в обязательном претензионном порядке.

7.6. Претензия подлежит рассмотрению получившей Стороной в течение 15 календарных дней с даты ее получения. Ответ на претензию дается в письменной форме.

7.7. В случае невыполнения Сторонами своих обязательств и не достижения взаимного согласия споры по Договору разрешаются в Останкинском районном суде г. Москвы.

7.8. Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8. Адреса и реквизиты сторон:

«Исполнитель»:

ГБУЗ «ГКБ №40 ДЗМ»
Юридический/фактический адрес: 129301, Москва, ул. Касаткина, д.7
тел. 8 (495) 682-06-09; 8 (985) 604-16-60
ИНН/КПП 7716099554/771601001
ОГРН 1027739691352
Департамент финансов г. Москвы (ГБУЗ «ГКБ №40 ДЗМ»)
л/с 2605441000450502 ГУ Банка России по ЦФО
БИК 044525000
р/с 40601810245253000002

«Пациент»:

ФИО: _____
Проживающий по адресу: _____
Паспортные данные: _____ выдан _____
_____ дата выдачи _____

Тел. _____

9. Подписи сторон

«Исполнитель»

«Пациент»

Начальник отдела по развитию внебюджетной деятельности

_____/А.Г. Аветисян/

м.п.

_____/_____
(подпись)

**Информированное согласие
об объеме и условиях, оказываемых платных медицинских услуг**

Я, _____
_____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

являющийся Пациентом, в рамках договора на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____, желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ "ГКБ №40 ДЗМ" (далее по тексту – Исполнитель), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от работников Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в ГБУЗ "ГКБ №40 ДЗМ", в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.
2. Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел(а) различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.
3. Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг и проведение мне диагностических процедур: получения проб биологического материала для лабораторных исследований, инструментальных исследований, осмотра врача, о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах диагностических процедур, а также о том, что предстоит мне делать до и во время процедур на платной основе.
4. Я получил(а) исчерпывающую информацию по поводу диагноза, об особенностях течения заболевания, о длительности лечения, об исходах лечения, о прогнозе заболевания, об обстоятельствах, ухудшающих прогноз заболевания, о предложенном плане лечения и с правилами лечебно – охранительного режима и обязуюсь их соблюдать.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей (специалистов) Исполнителя, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно – охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приемов препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.
6. Виды выбранных мною медицинских услуг согласованы с лечащим врачом (специалистом), и я даю свое согласие на проведение мне диагностических и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний и других процедур.
7. Я получил(а) информацию о других сопоставимых по медицинской эффективности методах лечения и возможности получения медицинской помощи.
8. Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а так же, об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
9. Я согласен (а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.
10. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и нескольких видов услуг.
11. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с ним.
12. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом (специалистом), и я даю свое согласие на их оплату.
13. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.
13. Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.
12. Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить медицинскую документацию и информацию о состоянии моего здоровья (моем диагнозе, степени тяжести, характере моего заболевания и т.д.) следующим лицам:

Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы об оказании платных медицинских услуг.

Пациент: _____

Паспорт: серия: _____, № _____, выдан _____

Адрес: _____

_____/_____/_____
(подпись пациента)

**СОГЛАСИЕ
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, нижеподписавшийся, _____, _____ г. рождения,
проживающий по адресу: _____
контактный телефон _____,
по месту регистрации: _____
паспорт серия _____ номер _____ выдан _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку

Государственным бюджетным учреждением здравоохранения города Москвы
«Городская клиническая больница № 40 Департамента здравоохранения города Москвы»,
129301, г. Москва, ул. Касаткина, д. 7,

(далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи (при необходимости – по ее окончанию) я предоставляю право на передачу третьим лицам в интересах моего обследования, лечения и проведения независимой экспертизы качества оказания медицинской помощи моих персональных данных, полученных в соответствии с п.2 ст. 22 ФЗ, и осуществляемых Оператором во исполнение законодательства, регулирующего деятельность юридических лиц, в том числе передачу моих персональных данных, в том числе фамилию, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное положение, образование, профессия, другую информацию, а также сведений, составляющих врачебную тайну (информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе его заболевания, сведения, содержащиеся в истории болезни, иные сведения, полученные при обследовании и лечении), а также в Московский городской фонд обязательного медицинского страхования, страховые и медицинские организации, Департамент здравоохранения г. Москвы, территориальные органы ФНС России, а также любым организациям системы здравоохранения.

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).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору _____ ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией

(наименование страховой медицинской организации, заполняется в случае оказания медицинской помощи в рамках ДМС)

[и территориальным фондом ОМС] с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

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

Настоящее согласие дано мной:

(Ф.И.О. гражданина)

(Ф.И.О. законного представителя гражданина)

_____ и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

(подпись субъекта персональных данных)

Акт об оказании платных медицинских услуг

по договору № _____ от _____ 2016 г.

г.Москва

_____ 2016 г.

Мы, нижеподписавшиеся: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г.Москвы «Городская клиническая больница №40 Департамента здравоохранения г. Москвы», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице начальника Отдела по развитию внебюджетной деятельности (далее по тексту - ОРВД) Аветисяна А.Г., действующего на основании Доверенности от 26.02.2016 № 4 с одной стороны, и _____, именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент» / «Заказчик», с другой стороны, именуемые вместе и по отдельности «Стороны», составили настоящий Акт о том, что согласно Договору № _____ от _____ г. Исполнителем оказаны Пациенту медицинские услуги на сумму _____ руб. _____ коп., а именно:

Наименование услуги	Количество	Стоимость, руб.
ИТОГО:		

Срок оказания услуг _____

Пациент претензий по качеству и количеству оказанных медицинских услуг, а также по срокам оказания не имеет. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, идентичных и имеющих равную юридическую силу.

Начальник ОРВД

«Исполнитель»

«Пациент»

_____/А.Г. Аветисян/

_____/_____/

М.П.