

Договор на оказание платных медицинских услуг № _____

г. Москва

« ____ » _____ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени В.П. Демихова Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГКБ имени В.П. Демихова ДЗМ») (сокращенное наименование – ГБУЗ «ГКБ имени В.П. Демихова ДЗМ»), адрес места нахождения: 115280, г. Москва, ул. Велозаводская, д.1/1, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности от 17 апреля 2020 года № Л041-01137-77/00555068, выданную Департаментом здравоохранения города Москвы, находящимся по адресу: Оружейный переулок, д. 43, Москва, 127006, тел. (499) 251-83-00, в лице Главного врача Аракелова Сергея Эрнестовича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» / «Медицинская организация», с одной стороны, и _____ (наименование), именуемый в дальнейшем «Заказчик», в лице _____ (должность, Ф.И.О. уполномоченного представителя), действующий на основании _____ (документ, подтверждающий полномочия) в интересах гражданина иностранного государства

(Ф.И.О., реквизиты документа, удостоверяющие личность)

(на основании агентского договора от ____ № ____ , именуемого в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. По настоящему Договору Исполнитель на основании доверенности / агентского договора Заказчика, заключенного с Пациентом, берет на себя обязательство оказать Пациенту в соответствии с медицинскими показаниями платные медицинские услуги (далее – медицинские услуги / Услуги), перечень и стоимость которых указаны в Приложении № 1 к Договору, дополнительные услуги / дополнительные медицинские услуги (при необходимости), а Заказчик обязуется оплатить их в соответствии с Прейскурантом Исполнителя, действующим на дату оказания Услуг, в размере, порядке и сроки, установленные Договором.

1.2. Услуги оказываются по адресу места нахождения Исполнителя и/или его филиалов:

указать соответствующие адреса.

1.3. Дата начала оказания Услуг « ____ » _____ 20 ____ г.

Дата окончания оказания Услуг « ____ » _____ 20 ____ г.

1.4. Перечень Услуг и расчет их стоимости, указанные в Приложении № 1 к Договору, являются предварительными и могут быть изменены с согласия Пациента в связи с

уточнением диагноза и в процессе оказания медицинских услуг по медицинским показаниям.

1.5. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 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 № 1006», согласно действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности от _____ г. № _____, выданной _____, и действующими положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

1.6. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора проинформировал Пациента о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 08.05.2025 № 631 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации».

1.7. Подписав настоящий Договор Заказчик подтверждает, что до момента начала оказания услуг Пациент предоставит необходимые добровольные согласия на оказание соответствующих медицинских услуг на платной основе.

1.8. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора он и Пациент ознакомлен с полной информацией об Исполнителе Услуг, с Перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензиями Исполнителя, с Положением (Правилами) об оказании платных медицинских услуг, Прейскурантом, Правилами внутреннего распорядка (*указываются наименования документов, утвержденных Исполнителем*), другими необходимыми локальными нормативными актами Исполнителя, представленными для ознакомления на информационных стендах (стойках) Исполнителя в месте, доступном для ознакомления с ними, а также доступными для ознакомления на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет, а также ознакомлен со сведениями о лицензии Исполнителя, о квалификации специалистов Исполнителя, с информацией об особенностях оказываемых Услуг и условиях их предоставления.

В период действия настоящего Договора Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги только на основании подписанного Пациентом информированного добровольного согласия на предоставление медицинских услуг на платной основе и иных обязательных информированных согласий, оформляемых в соответствии с действующим законодательством.

1.9. Факт заключения Договора не является основанием для предоставления Пациенту платных медицинских услуг в первоочередном порядке.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказывать Пациенту качественные, соответствующие требованиям, клиническим рекомендациям, нормам и стандартам, утвержденным в Российской Федерации, Услуги в соответствии с Приложением № 1 к настоящему Договору, соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.2. Предоставлять Пациенту и Заказчику по их требованию следующую информацию:

а) о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг соответствующего вида;

б) данные о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

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

г) 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;

д) другие сведения, относящиеся к предмету настоящего Договора.

2.1.3. Вести всю необходимую медицинскую документацию на русском языке и в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке, соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления. Исполнитель предоставляет Пациенту 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.

2.1.4. Соблюдать врачебную тайну, без разрешения Пациента не передавать третьим лицам медицинскую документацию, иные сведения о Пациенте, не разглашать конфиденциальную информацию и персональные данные Пациента.

2.1.5. Незамедлительно поставить в известность Пациента о выявлении у него заболевания (состояния) не по профилю диагноза, в связи с которым определен перечень Услуг, а также противопоказаниях к предоставлению медицинских услуг в соответствии с Приложением № 1 к настоящему Договору в связи с выявленным заболеванием.

2.1.6. Давать при необходимости по просьбе Пациента разъяснения о ходе оказания Услуг.

2.1.7. Предоставить для ознакомления по требованию Пациента:

– о наличии лицензий на осуществление медицинской деятельности;

– о месте оказания услуг и режиме работы Исполнителя;

– о перечне оказываемых платных медицинских услуг;

– о ценах на платные медицинские услуги;

– об условиях и сроке предоставления и получения платных медицинских услуг;

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

– о режиме работы Исполнителя, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

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

– о порядке и объеме лечебно-диагностических медицинских услуг;

– об изменении объемов лечебно-диагностических медицинских услуг в период стационарного лечения, обусловленного особенностями течения конкретного клинического случая;

– 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.

2.1.8. Обеспечивать право Пациента непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья Пациента, а также предоставить копии данной документации (выписки из медицинских документов) после получения платных медицинских услуг.

2.1.9. Выдать по окончании оказания платной медицинской услуги Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг.

2.1.10. В случае прохождения лечения Пациента в условиях стационара Исполнитель осуществляет постановку и снятие с миграционного учета Пациента в соответствии с Федеральным закон от 18.07.2006 № 109-ФЗ «О миграционном учете иностранных граждан или без гражданства в Российской Федерации».

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Требовать от Пациента соблюдения Положения (Правил) об оказании платных медицинских услуг, Правил внутреннего распорядка (*указываются наименования документов, утвержденных Исполнителем*), режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других локальных нормативных актов и предписаний Исполнителя, касающихся предоставления Пациенту медицинских услуг по настоящему Договору.

2.2.2. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации либо расторгнуть Договор в одностороннем порядке, возвратив Пациенту стоимость оплаченных Услуг за вычетом фактически понесенных затрат за оказанные услуги.

2.2.3. Своевременно и в полном объеме получать оплату Услуг на условиях настоящего Договора.

2.2.4. В одностороннем порядке прекратить оказание медицинских услуг и расторгнуть настоящий Договор в случае выявления у Пациента противопоказаний к оказанию медицинских услуг, предусмотренных в Приложении № 1 к Договору, имеющейся задолженности по оплате Услуг в соответствии с Договором, отказа Пациента оплатить дополнительные услуги / дополнительные медицинские услуги в случае, если оказание таких дополнительных услуг будет признано Исполнителем необходимым, при отсутствии прямой угрозы жизни Пациента. При этом Пациенту возвращаются денежные средства, уплаченные по настоящему Договору за исключением стоимости услуг, оказанных Пациенту на дату расторжения Договора.

2.2.5. В случае невозможности оказания Услуг, возникшей по вине Пациента в связи с его действиями (бездействием), а именно в случае пребывания Пациента в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, совершения Пациентом действий, нарушающих общепринятые этические нормы поведения, а также создающие угрозу жизни и здоровью персонала или других пациентов, в иных случаях нарушения

Правил внутреннего распорядка (*указывается наименование документа, утвержденного Исполнителем*), неисполнение/ненадлежащее исполнение обязанностей, предусмотренных п.п. 2.3.4 и 2.3.7 настоящего Договора, в одностороннем порядке прекратить оказание медицинских услуг и расторгнуть Договор. При этом Пациенту не возвращаются денежные средства, уплаченные по настоящему Договору.

2.2.6. В случае возникновения неотложных состояний, угрозы жизни Пациента, требующих срочного медицинского вмешательства, самостоятельно определять объем исследований, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания неотложной медицинской помощи, в том числе и непредусмотренной настоящим Договором.

2.2.7. Заменить врача при наступлении объективной невозможности проводить лечение согласованным врачом.

2.3. Заказчик обязан:

2.3.1. Оплатить Услуги Исполнителя в размере и порядке, указанными в разделе 3 настоящего Договора.

2.3.2. Предоставлять Исполнителю сведения, необходимые для качественного оказания Услуг Пациенту.

2.3.3. Обеспечить:

2.3.3.1. соблюдение Пациентом Положения (Правил) об оказании платных медицинских услуг, Правил внутреннего распорядка (*указываются наименования документов, утвержденных Исполнителем*), режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других локальных нормативных актов и предписаний Исполнителя, касающихся предоставления Пациенту медицинских услуг по настоящему Договору;

2.3.3.2. предоставление Пациентом Исполнителю необходимых для оказания Услуг сведений о состоянии своего здоровья и об известных обстоятельствах, которые могут оказать негативное влияние на качество оказываемых Услуг, в том числе о перенесенных или сопутствующих заболеваниях; о перенесенных травмах, оперативных вмешательствах; о переливании крови и инъекциях, полученных в других медицинских учреждениях (за определенный период); о проведенных Пациенту профилактических прививках; о состоявшемся или возможном контакте с инфекционными больными в течение одного календарного месяца до начала получения Пациентом Услуг по настоящему Договору; о непереносимости лекарственных препаратов, физиотерапевтических воздействий; информации о прохождении и результатах лечения в других лечебно-профилактических учреждениях; иных сведений, запрошенных Исполнителем, необходимых для полного и качественного оказания Пациенту Услуг;

2.3.3.3. выполнение Пациентом всех требований, рекомендаций и назначений медицинского персонала Исполнителя во время всего курса лечения, а также соблюдение указания Исполнителя, предписанные на период после оказания Услуг;

2.3.3.4. своевременное информирование Пациентом лечащего (дежурному) врача о любых изменениях самочувствия, осложнениях, побочных эффектах и т.п., возникших при прохождении курса лечения в процессе оказания медицинских услуг или после их выполнения;

2.3.3.5. отказ Пациента на весь курс лечения от употребления табака, алкогольсодержащих, наркосодержащих, психотропных веществ (за исключением случая, если препараты, содержащие в себе такие вещества, назначены лечащим врачом);

2.3.3.6. согласовывание Пациентом с лечащим или дежурным врачом употребление (применение) любых лекарственных препаратов, в том числе лекарственных трав, мазей, и т.п. (если они не назначены лечащим врачом).

2.3.4. Принимать Услуги, оказываемые Исполнителем по настоящему Договору, подписывать приемо-сдаточную и расчетную документацию и иные необходимые документы в связи с исполнением настоящего Договора.

2.3.5. Предоставить письменное согласие на обработку Пациентом персональных данных согласно Приложению № 4 к настоящему Договору.

2.3.6. Предоставить Исполнителю письменное подтверждение на русском языке Пациента:

– что ему разъяснено и понятно его обязательство предоставлять Исполнителю (лечащему врачу / иному врачу-специалисту) наиболее полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, в том числе перечисленную в п.п. 2.3.3.3 и 2.3.3.5 настоящего Договора. Пациенту разъяснено, что лечащий врач, иной специалист при определении диагноза и индивидуальных противопоказаний к оказанию медицинских услуг учитывает перечисленную выше информацию о здоровье Пациента;

– что ему разъяснено и ему понятно, что неисполнение назначенных режима лечения, рекомендаций, указаний и назначений Исполнителя (лечащего врача, иного специалиста) может снизить качество предоставляемых Услуг, повлечь за собой невозможность завершения оказания Услуг в установленный срок и/или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента согласие.

2.4. Подтверждение в письменном виде на русском языке от Пациента, что **ему разъяснены и им поняты права:**

2.4.1. Требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии, сведений о медицинских работниках, участвующих в оказании медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, а также расчет стоимости оказываемых услуг.

2.4.2. Требовать предоставления Услуг надлежащего качества, отвечающих требованиям, клиническим рекомендациям, нормам и стандартам, установленным законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан и условиям Договора.

2.4.3. Выбрать лечащего врача (с учетом его согласия).

2.4.4. Получать от Исполнителя (лечащего врача) информацию о своих правах и обязанностях, получать для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья, протекании лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т.д. в порядке, установленном законодательством и Исполнителем.

2.4.5. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии здоровья (врачебной тайны) и защиты персональных данных, а также выбрать лица, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

2.4.6. В любое время отказаться от получения Услуг и получить обратно уплаченную сумму за вычетом фактически произведенных Исполнителем расходов по оказанным услугам в соответствии с условиями настоящего Договора. В этом случае предоплата на приобретение расходных материалов (*если необходимо, указать иное*) не возвращается.

2.4.7. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.4.8. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Пациента и/или лиц его сопровождающих, посетителей, Пациент обязуется в течение трех календарных дней возместить Исполнителю действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

2.5. Заказчик предоставляет Исполнителю письменное подтверждение на русском языке, что Пациент соглашается с тем, что:

2.5.1 Если в ходе операции возникнет состояние, требующее в интересах Пациента расширения объема оперативного вмешательства, и(или) изменения метода обезболивания,

а Пациент не в состоянии выразить свою волю, такое вмешательство проводится по решению врачей Исполнителя.

2.5.2. В случае если при предоставлении Услуг потребуется предоставление дополнительных Услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие Услуги оказываются без взимания платы в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

3. Стоимость услуг, сроки и порядок их оплаты

3.1. Стоимость Услуг, оказываемых Пациенту согласно п. 1.1 настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом, утвержденным Исполнителем, с которым Заказчик и Пациент ознакомлены, и составляет: _____ (_____) рублей ____ коп. НДС не облагается на основании п. 2 ст. 149 части второй Налогового кодекса РФ.

3.2. Расчеты между Сторонами осуществляются в российских рублях.

3.3. Оплата Услуг осуществляется Заказчиком в порядке 100% предоплаты в течение ____ дней с момента подписания настоящего Договора, но до начала оказания Услуг безналичным платежом путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя (или наличными денежными средствами в кассу Исполнителя). Стоимость услуг банка при переводе средств на счет Исполнителя оплачивается Заказчиком самостоятельно.

3.4. Оплата производится Заказчиком на основании счета, выставяемого Исполнителем. Обязанность Заказчика по оплате стоимости Услуг в безналичной форме считается исполненной с момента зачисления соответствующих сумм денежных средств на счет Исполнителя.

В случае изменения объема оказания услуг стоимость платных медицинских услуг подлежит изменению путем подписания Сторонами Дополнительного соглашения к настоящему Договору. Стоимость определяется в соответствии с Прейскурантом, действующим на момент заключения дополнительного соглашения.

3.5. Окончательный расчет за фактически оказанные услуги в рамках настоящего Договора производится в день выписки Пациента на основании калькуляции предоставленных услуг. Исполнитель представляет Заказчику и Пациенту Акт об оказанных услугах (далее – Акт) по настоящему Договору, форма которого согласована Сторонами в Приложении № 2 к настоящему Договору. Акт подписывают Исполнитель, Заказчик и Пациент и является подтверждением оказания Услуг Исполнителем Пациенту. В случае уклонения или немотивированного отказа Заказчика и/или Пациента от подписания Акта Исполнитель вправе составить односторонний Акт. Услуги, указанные в данном Акте, считаются предоставленными Исполнителем и принятыми Заказчиком без замечаний и подлежат оплате в соответствии с условиями Договора.

3.6. Возврат денежных средств в соответствии с п. 6.3 настоящего Договора осуществляется после предоставления Заказчиком Исполнителю заявления установленного образца (*форма разрабатывается Исполнителем*) и оригинала платежного документа по внесению оплаты за Услуги. При возврате денежных средств Исполнитель возвращает Заказчику денежные средства в размерах, установленных настоящим Договором, безналичным платежом на счет в российском банке, указанный в письменном заявлении Заказчика в течение ____ (_____) календарных дней с момента получения письменного заявления.

3.7. При предоставлении платных медицинских услуг гражданам иностранных государств (нерезидентам) Исполнитель обеспечивает передачу сведений об

осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов в соответствии с указаниями Центрального банка Российской Федерации.

4. Порядок оказания Услуг

4.1. Непосредственным получателем медицинских услуг по настоящему договору является Пациент.

4.2. Медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Пациента, данного им в порядке, установленном действующим законодательством.

4.3. Настоящий Договор заключается при наличии информированного добровольного согласия Пациента на предоставление медицинских услуг на платной основе. При проведении различных манипуляций (диагностических, лечебных, инструментальных, лабораторных исследований и пр.) и иных медицинских вмешательств на каждое из них Пациент подписывает добровольное информированное согласие.

4.4. Перед подписанием настоящего Договора, оказанием медицинской услуги (медицинского вмешательства) Заказчик предоставляет Исполнителю письменное подтверждение на русском языке, что Пациенту разъяснены и поняты его права и обязанности, информация о его состоянии здоровья и диагнозе, о целях, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Пациент после ознакомления с перечисленной выше информацией личной подписью заверяет информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство по форме Исполнителя, являющееся предварительным условием оказания медицинских услуг по Договору.

4.5. Подписанные Пациентом информированные добровольные согласия являются неотъемлемой частью индивидуальной медицинской карты Пациента (карты стационарного больного).

4.6. В случае отказа Пациента от подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство Исполнитель вправе отказать Пациенту в оказании соответствующих медицинских услуг.

4.7. Пациент вправе письменно отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения в любое время в ходе оказания Услуг, за исключением случаев, если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители. При отказе от медицинского вмешательства Пациенту в доступной для него форме разъясняются возможные последствия такого отказа.

4.8. В целях обработки персональных данных Пациента в составе медицинской и иной документации Исполнителя, обеспечения автоматизированного ведения и хранения медицинской и иной документации в электронной форме, в том числе карты стационарного больного, Пациент при заключении настоящего Договора подписывает Согласие на передачу и обработку персональных данных (по установленной форме в Приложение № 4).

4.9. В день прибытия Пациента на стационарное лечение Исполнитель открывает и оформляет в соответствии с требованиями действующего законодательства медицинскую карту стационарного больного (далее – медицинская карта), в которую заносятся результаты осмотра Пациента, предварительный диагноз и план лечения, перечень Услуг, за получением которых обратился Пациент, информация и сведения, предоставленные Пациентом в соответствии с п. 2.3.3.2 настоящего Договора, рекомендованные Пациенту лечащим врачом обследования, консультации врачей, профилактические, диагностические и лечебные процедуры и манипуляции. В медицинской карте Пациента указываются также все его пожелания, жалобы, поставленный ему диагноз, предложенные варианты лечения и выбранный Пациентом вариант.

4.10. Медицинская карта Пациента является собственностью Исполнителя, ведется и хранится у Исполнителя в соответствии с требованиями действующего законодательства.

4.11. Если в процессе оказания Услуг возникла необходимость изменить план лечения с оказанием дополнительных услуг, то такие услуги оказываются только после получения письменного согласия Пациента. Отказ Пациента от получения дополнительных услуг также оформляется письменно с разъяснением ему последствий такого отказа. В том случае, если Исполнитель придет к выводу, что без дополнительных услуг оказание предусмотренных настоящим Договором медицинских услуг невозможно либо приведет к значительным негативным последствиям для Пациента, Исполнитель имеет право расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке, возвратив Пациенту стоимость оплаченных Услуг за вычетом фактически понесенных затрат за оказанные услуги.

Предоставление Исполнителем дополнительных медицинских услуг оформляется дополнительным соглашением (Приложение № 3 к настоящему Договору) Сторон и оплачивается дополнительно в порядке, установленном в разделе 3 настоящего Договора.

4.12. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.13. Исполнитель гарантирует неразглашение передаваемых Пациентом сведений, составляющих врачебную тайну, информации о факте его обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья Пациента, его диагнозе и иных данных, полученных при его обследовании и лечении. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента допускается в случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

5. Ответственность сторон

5.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора.

5.3. Заказчик обязан полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, если Исполнитель не мог оказать Услуги или был вынужден прекратить их оказание по вине Пациента, а также в случае причинения Пациентом ущерба имуществу Исполнителя.

5.4. Исполнитель / лечащий врач / иной специалист не несет ответственности перед Пациентом в следующих случаях: если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, однако ожидаемый результат не был достигнут в силу того, что современный уровень развития медицины не является гарантией положительного результата; если наступили предусмотренные и указанные в информированном добровольном согласии Пациента на медицинское вмешательство возможные побочные эффекты (осложнения), соответствующие характеру и объему медицинской услуги, в том числе Исполнитель не несет ответственности за осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма Пациента; если в соответствии с потребностями лечебно-диагностического процесса, особенностями течения конкретного заболевания и/или для предотвращения возможных осложнений Пациенту были назначены дополнительные методы диагностики и

лечения, но Пациент не выполнил соответствующие назначения; наличия непрогнозируемых индивидуальных реакций Пациента на медицинские препараты и т.п.; в случае нарушения Пациентом требований, указанных в п. 2.3.3.3, 2.3.3.5, 2.3.3.6 настоящего Договора; предоставления Пациентом Исполнителю (лечащему врачу) неполной и/или недостоверной информации о состоянии своего здоровья, в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

5.5. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по Договору, если это произошло вследствие непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств (форс-мажор).

При возникновении обстоятельств (форс-мажор), которые делают полностью или частично невозможным исполнение обязательств по настоящему Договору одной из Сторон, а именно пожар, стихийное бедствие, война, военные действия всех видов, изменение законодательства, забастовки и иные подобные обстоятельства, которые находятся вне воли Сторон, срок выполнения Стороной обязательств по настоящему Договору отодвигается соразмерно времени, в течение которого действуют эти обстоятельства и их последствия.

Если наступившие обстоятельства и их последствия продолжают действовать более _____ (_____), Стороны проводят дополнительные переговоры для выявления приемлемых альтернативных способов исполнения или расторжения настоящего Договора.

5.6. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, не применяются положения Закона Российской Федерации от 07. 02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

6. Прочие условия

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по Договору.

6.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору будут действительны только в случае, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями Сторон.

6.3. Заказчик имеет право расторгнуть в одностороннем порядке Договор и прекратить отношения с Исполнителем в любое время, оплатив Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы.

6.4. Расторжение или изменение условий настоящего Договора возможно и по другим основаниям, предусмотренным Договором и законодательством Российской Федерации.

6.5. Все споры и разногласия по настоящему Договору разрешаются в досудебном порядке путем переговоров, в случае недостижения Сторонами согласия в месячный срок с момента получения письменной претензии Стороны спор разрешается в судебном порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации, в _____ (наименование суда) суде города Москвы.

Мотивированные претензии могут быть предъявлены Стороной в срок не более 5 (пяти) рабочих дней со дня нарушения другой Стороной своих обязательств по настоящему Договору.

В случае оказания Исполнителем медицинской услуги ненадлежащего качества претензии должны быть заявлены Пациентом не позднее _____ (_____) календарных дней с даты окончания оказания медицинской услуги, не позднее _____ (_____) календарных дней с даты обнаружения несоответствия качества оказанной медицинской услуги условиям Договора, если данное несоответствие не могло быть обнаружено в течение _____ (_____) календарных дней с даты окончания оказания медицинской услуги.

6.6. Все дополнительные соглашения, Акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами и Пациентом в процессе исполнения Договора, являются его неотъемлемой частью.

6.7. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон и 1 экземпляр для Пациента.

6.8. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

6.9. Приложения:

Приложение № 1. Перечень предоставляемых платных услуг;

Приложение № 2. Форма Акта об оказанных услугах;

Приложение № 3. Форма Дополнительного соглашения № _____ к договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от «___» _____ г.

Приложение № 4. Согласие на обработку персональных данных.

Пациент разрешает Исполнителю предоставлять сведения о факте своего обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при обследовании и лечении, следующим лицам:

Договор Пациентом прочитан, содержание договора Пациенту понятно*.

(подпись Пациента)

7. Адреса и реквизиты Сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Исполнитель
Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения города Москвы «Городская
клиническая больница имени В.П. Демихова
Департамента здравоохранения города Москвы»
ГБУЗ «ГКБ имени В.П. Демихова ДЗМ»
Департамент финансов города Москвы
(ГБУЗ «ГКБ имени В.П. Демихова ДЗМ», л/с
2605441000450494) ОКЦ №1 ГУ Банка России по
ЦФО/УФК по г. Москве
г. Москва (для платежных поручений)
Место нахождения: 115280, г. Москва, ул.
Велозаводская, д.1/1
Адрес электронной почты (e-mail):
gkb13-opu@zdrav.mos.ru
Телефоны: (499) 940-47-35 доб. 2076, 2157, 2074,
2075
**ИНН 7723084936 КПП 772301001 Расчетный
счет: 772301001**
Расчетный счет: 03224643450000007300
БИК 004525988 ОКПО 01934584
ОКАТО 45290590000 ОГРН 1027739708700
ОКТМО 45395000 ОКВЕД 86.10
КБК 054000000000131131022

ЗАКАЗЧИК

Ф.И.О. _____
Данные документа, удостоверяющего личность

Адрес регистрации: _____
Адрес проживания: _____
Телефон: _____
СНИЛС _____
Адрес электронной почты: _____

Подпись _____ (Ф.И.О.)

Главный врач ГБУЗ
имени В.П. Демикова ДЗМ»

«ГКБ

_____ (Ф.И.О.)
М.П.

Русским языком владею, в переводе Договора, включая Приложения, не нуждаюсь.

Русским языком не владею. Договор зачитан на ____ __ __ языке переводчиком (Ф.И.О.), паспортные данные, данные диплома _____ (копия диплома переводчика прилагается)*. С Договором ознакомлен. С условиями Договора согласен.

Подпись _____ Пациент

Экземпляр Договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от « ____ » _____ г., включая Приложения, на руки получил(-а).

Подпись _____ Пациент

* В случае необходимости перевода договора услуги переводчика по составлению двуязычного текста договора оплачиваются Пациентом (в рамках договора «пациент – агент»).

Приложение № 1
к Договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «___» _____ г.

Перечень предоставляемых платных услуг

г. Москва

«___» _____ г.

В соответствии с п. 1.1 Договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от «___» _____ г. Исполнитель и Пациент согласовали следующий перечень услуг, оказываемых Пациенту

Код услуги	Наименование услуги	Цена услуги, руб.	Количество услуг	Стоимость услуг, руб.	Примечание
...					

Итого: _____ (_____) рублей ____ коп.

Подписи Сторон:

Исполнитель

Пациент

_____/Ф.И.О./

_____/Ф.И.О./

М.П.

Акт об оказанных услугах

г. Москва

«__» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени В.П. Демихова Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГКБ имени В.П. Демихова ДЗМ»)

(сокращенное наименование – ГБУЗ «ГКБ имени В.П. Демихова ДЗМ»), адрес места нахождения: 115280, г. Москва, ул. Велозаводская, д.1/1, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности от 17 апреля 2020 года № ЛО41-01137-77/005555068, выданную Департаментом здравоохранения города Москвы, находящимся по адресу: Оружейный переулок, д. 43, Москва, 127006, тел. (499) 251-83-00, в лице Главного врача Аракелова Сергея Эрнестовича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» / «Медицинская организация», с одной стороны, и _____ (наименование), именуемый в дальнейшем «Заказчик», в лице _____ (должность, Ф.И.О. уполномоченного представителя), действующий на основании _____ (документ, подтверждающий полномочия) в интересах гражданина иностранного государства на основании агентского договора от № _____, именуемого в дальнейшем «Пациент» и гражданин(-ка) Российской Федерации (гражданин(-ка) иностранного государства)

(Фамилия Имя Отчество (если имеется))

именуемый(-ая), с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», составили настоящий акт о нижеследующем.

1. В период с _____ по _____ Исполнитель в соответствии с Договором на оказание платных медицинских услуг № _____ от «__» _____ г. (далее – Договор) оказал, а Пациент принял следующие Услуги.

Код услуги	Наименование услуги	Количество услуг	Цена, руб.	Стоимость, руб.
...				

2. Всего Исполнитель оказал, а Заказчик оплатил Услуги по настоящему Договору на общую сумму _____ (_____) рублей ____ коп. НДС не облагается на основании п.п. 2 п. 2 ст. 149 части второй Налогового кодекса Российской Федерации.

Вариант: (в случае если Услуги оплачены не полностью): Подлежит оплате стоимость Услуг в размере _____ (_____) рублей ____ коп. в течение _____

Вариант: Подлежит возврату стоимость неоказанных Услуг в размере _____ (_____) рублей ____ коп. в течение _____ на счет, указанный в заявлении Пациента.

3. Оказанные услуги соответствуют требованиям, установленным условиями Договора.

4. Мною _____ (Ф.И.О. Пациента) получены все документы, предусмотренные условиями Договора: выписки из медицинской карты, результаты диагностических исследований (перечислить иное).

5. К объемам, видам, качеству и срокам оказанных Исполнителем платных медицинских услуг, использованным лекарственным средствам и материалам претензий не имею _____ (Ф.И.О. Пациента).

6. Настоящий акт является неотъемлемой частью Договора на оказание платных медицинских услуг № _____ от «__» _____ г., составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

Акт Пациентом прочитан, содержание Акта Пациенту понятно.

_____ (подпись Пациента)

ИСПОЛНИТЕЛЬ
Исполнитель
Государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
города Москвы «Городская
клиническая больница имени
В.П. Демикова Департамента
здравоохранения города
Москвы»
ГБУЗ «ГКБ имени В.П.
Демикова ДЗМ»
Департамент финансов
города Москвы
(ГБУЗ «ГКБ имени В.П.
Демикова ДЗМ», л/с
2605441000450494) ОКЦ №1
ГУ Банка России по
ЦФО/УФК по г. Москве
г. Москва (для платежных
поручений)
Место нахождения: 115280,
г. Москва, ул. Велозаводская,
д.1/1
Адрес электронной почты
(e-mail):
gkb13-opu@zdrav.mos.ru
Телефоны: (499) 940-47-35
доб. 2076, 2157, 2074, 2075
ИНН 7723084936 КПП
772301001 Расчетный счет:
772301001
Расчетный счет:
03224643450000007300
БИК 004525988 ОКПО
01934584

ПАЦИЕНТ

Ф.И.О.

Данные документа,
удостоверяющего личность

Адрес
регистрации: _____

Адрес
проживания: _____

Телефон: _____

СНИЛС (при наличии)
Адрес электронной почты:

Подпись
_____ (Ф.И.О.)

ЗАКАЗЧИК
Наименование
Адрес:
Телефон:
Факс:
Адрес электронной почты:
ОГРН
ИНН **КПП**
Банковские реквизиты:

Должность
_____ (Ф.И.О.)
М.П

ОКАТО 45290590000 ОГРН
1027739708700
ОКТМО 45395000 ОКВЕД
86.10
КБК 05400000000131131022

Главный врач
ГБУЗ «Г
КБ имени В.П. Демикова
ДЗМ»

(Ф.И.О.)

М

.

П

.

Исполнитель

Пациент

_____/Ф.И.О./ _____/Ф.И.О./

М.П.

Русским языком владею, в переводе Акта об оказанных услугах от «___» _____ г. не нуждаюсь.

Русским языком не владею. Акт зачитан ___ на ___ языке переводчиком (Ф.И.О.), паспортные данные, данные диплома _____ (копия диплома переводчика прилагается)*.

С Актом об оказанных услугах от «___» _____ г. ознакомлен, претензий к качеству и объему выполненных Услуг не имею*.

Подпись _____ Пациент

* В случае необходимости перевода договора услуги переводчика по составлению двуязычного текста договора оплачиваются Пациентом (в рамках договора «пациент – агент»).

Экземпляр Акта об оказанных услугах от «___» _____ г. на руки получил(-а).

Подпись _____ Пациент

Приложение № 3
к Договору на оказание платных медицинских услуг

№ _____ от «___» _____ г.

Дополнительное соглашение № _____
к договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от «___» _____ г.

г. Москва

«___» _____ 20__ г.

(полное наименование медицинской организации)

(сокращенное наименование – _____),
адрес места нахождения: _____,

(данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию; номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа)

в лице _____,
(должность, Ф.И.О.)

действующего на основании Устава/доверенности, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(-ка) Российской Федерации (гражданин(-ка) иностранного государства)

(Фамилия Имя Отчество (если имеется))

именуемый(-ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящее соглашение о нижеследующем.

1. Исполнитель берет на себя обязательство оказать Пациенту следующие дополнительные услуги (далее – Услуги) по Договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от «___» _____ г.

Код услуги	Наименование услуги	Цена услуги, руб.	Количество услуг	Стоимость услуг, руб.	Примечание
...					

Итого: _____ (_____) рублей ____ коп. НДС не облагается на основании п.п. 2 п. 2 ст. 149 части второй Налогового кодекса Российской Федерации.

Пациент обязуется оплатить Услуги в порядке, установленном Договором на оказание платных медицинских услуг № _____ от «___» _____ г.

2. Оплата дополнительных Услуг осуществляется Пациентом (с согласия Исполнителя третьим лицом) в порядке 100% предоплаты в течение _____ со дня

подписания настоящего соглашения безналичным платежом путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя (или наличными денежными средствами в кассу Исполнителя).

3. _____ (иное)

4. Дополнительное соглашение вступает в силу с момента подписания обеими Сторонами, является неотъемлемой частью Договора № _____ от «___» _____ г.

5. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим дополнительным соглашением, Стороны руководствуются условиями Договора № _____ от «___» _____ г.

6. Настоящее дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

Русским языком владею, в переводе Дополнительного соглашения, включая Приложения, не нуждаюсь.

Дополнительное соглашение Пациентом прочитано, содержание Дополнительного соглашения, включая Приложения, Пациенту понятно.

Русским языком не владею. Дополнительное соглашение, включая Приложения, зачитано на _____ языке переводчиком (Ф.И.О.), паспортные данные, данные диплома _____ (копия диплома переводчика прилагается)*.

С Дополнительным соглашением, включая Приложения, ознакомлен. С условиями Дополнительного соглашения, включая Приложения, согласен.

Подпись _____ Пациент

Экземпляр Дополнительного соглашения об оказании платных медицинских услуг № _____ от «___» _____ г., включая Приложения, на руки получил(-а).

Подпись _____ Пациент

_____ (подпись Пациента)

Адреса и реквизиты Сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения города Москвы «Городская
клиническая больница имени В.П. Демихова
Департамента здравоохранения города Москвы»
ГБУЗ «ГКБ имени В.П. Демихова ДЗМ»
Департамент финансов города Москвы
(ГБУЗ «ГКБ имени В.П. Демихова ДЗМ», л/с
2605441000450494) ОКЦ №1 ГУ Банка России
по ЦФО/УФК по г. Москве
г. Москва (для платежных поручений)
Место нахождения: 115280, г. Москва, ул.
Велозаводская, д.1/1
Адрес электронной почты (e-mail):
gkb13-opu@zdrav.mos.ru
Телефоны: (499) 940-47-35 доб. 2076, 2157,

ПАЦИЕНТ

Ф.И.О.
Данные документа, удостоверяющего личность

Адрес регистрации:
Адрес проживания:
Телефон: _____
СНИЛС (при наличии)
Адрес электронной почты:

Подпись _____ (_____)

2074, 2075
ИНН 7723084936 **КПП** 772301001 **Расчетный**
счет: 772301001
Расчетный счет: 03224643450000007300
БИК 004525988 **ОКПО** 01934584
ОКАТО 45290590000 **ОГРН** 1027739708700
ОКТМО 45395000 **ОКВЕД** 86.10
КБК 05400000000131131022

Главный врач ГБУЗ «ГКБ
имени В.П. Демикова ДЗМ»

_____ (Ф.И.О.)

М.П.

Русским языком владею, в переводе настоящего дополнительного соглашения не нуждаюсь.

Русским языком не владею, с дополнительным соглашением ознакомлен в редакции на _____ языке*.

Подпись _____ Пациент

* В случае необходимости перевода договора услуги переводчика по составлению двуязычного текста договора оплачиваются Пациентом (в рамках договора «пациент – агент»).

Экземпляр дополнительного соглашения № _____ от «___» _____ г. к Договору об оказании платных медицинских услуг № _____ от «___» _____ г. на руки получил(-а).

Подпись _____ Пациент

№ _____ от «___» _____ г.

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____ (указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)
_____ года рождения, проживающий по адресу: _____ (указывается адрес места жительства пациента)
паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____

иной документ, удостоверяющий личность гражданина _____
_____ (далее – субъект персональных данных),

В соответствии с требованиями ст. 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 имени В.П. Демихова Департамента здравоохранения города Москвы» ГБУЗ «ГКБ имени В.П. Демихова ДЗМ»** (далее – Оператор) моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество (последнее – при наличии), пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, номера телефонов для связи, адрес электронной почты (при наличии), место фактического проживания, место регистрации, дату регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС), номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии), место работы (учебы) (наименование организации (учебного учреждения), адрес, занимаемая должность и т.д.), идентификационный номер налогоплательщика, номер полиса добровольного медицинского страхования (наименование страховой компании), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных: данных об оказании медицинских услуг, о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иных сведений, полученных в результате медицинских исследований.

Обработка персональных данных осуществляется Оператором с использованием

_____ (информационные системы, используемые Медицинской организацией).

Указанные персональные данные предоставляю Оператору для обработки в следующих целях:

- 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;
- обеспечения соблюдения в отношении меня (лица, законным представителем которого я являюсь) законодательства Российской Федерации и города Москвы, в сфере отношений, связанных с получением мной (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования, социальных гарантий и компенсаций по нетрудоспособности;
- осуществления передачи результатов медицинских исследований (лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований) на адрес электронной почты (e-mail), указанный мной в соответствующем запросе, при его подаче и наличии технической возможности;
- реализации Оператором своих полномочий и выполнения своих обязанностей, обязательств и компетенций, определенных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также иными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации и города Москвы.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными (лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе в электронном виде, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

В процессе оказания Оператором мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего (лица, законным представителем которого я являюсь) обследования и лечения; на осмотр, присутствие и возможность ознакомления с моей медицинской документацией внештатными врачами Медицинской организации, обучающимся, получающим профессию медицинского работника, их преподавателям, а также кафедральным работникам на базе Оператора в медицинских или научных целях с учетом сохранения врачебной тайны (*при наличии*); использовать мои персональные медицинские данные для научных целей при обязательном условии их обезличивания, а также на производство фото, аудио и видеосъемки с целью осуществления контроля качества оказываемой медицинской помощи с соблюдением требований законодательства РФ об использовании изображения.

Я даю согласие на передачу моих персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну в Департамент здравоохранения города Москвы, Департаменту информационных технологий города Москвы,

(указать дополнительно при необходимости);

- Оператор вправе обрабатывать мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну неавтоматизированным и автоматизированным способами, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные в том числе нормативными правовыми актами, регламентирующими предоставление отчетных данных

(документов) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

—

(иные цели)

Настоящее Соглашение вступает в силу с даты его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Я информирован(а) о том, что:

1. Лицу, уполномоченному мною / законному представителю на получение сведений о состоянии здоровья, предоставляется возможность знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента (представляемого), а также получать отражающие состояние здоровья пациента (представляемого) медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов, по его заявлению.
2. Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, хранятся в Медицинской организации в течение срока хранения первичных медицинских документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.
3. Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, будут обрабатываться Медицинской организацией только в рамках осуществления возложенных на нее полномочий и обязанностей.
4. В соответствии с ч. 4 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, допускается без согласия гражданина или его законного представителя. Условия обработки персональных данных указаны в ст. 6 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».
5. Настоящее Соглашение может быть мною отозвано в части согласия на обработку персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое должно быть направлено в адрес Медицинской организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под подпись уполномоченному представителю Медицинской организации.
6. В случае отзыва настоящего Соглашения в части согласия на обработку персональных данных Медицинская организация вправе продолжить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, без моего согласия при наличии оснований, указанных в п. 2–11 ч. 1 ст. 6, ч. 2 ст. 10 и ч. 2 ст. 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

Дата начала обработки персональных данных: « ____ » _____ 20 ____ г.

Субъект персональных данных/законный представитель:

_____/_____
(подпись) (Ф.И.О.)