

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ
«ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 214 ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ»**

ПРИКАЗ

«01» сентября 2023 года

№ 165/83-А

г. Москва

«Об утверждении типовой формы договора по оказанию платных услуг в амбулаторных условиях»

В целях оформления взаимоотношений с пациентами на выполнение платных услуг в амбулаторных условиях, оптимизации процесса делопроизводства и обеспечения единообразия при оформлении документов ГБУЗ «ГП №214 ДЗМ», а также в связи с вступлением в силу с 01.09.2023 Постановления Правительства Российской Федерации 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 4 октября 2012г № 1006:

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить форму и ввести в действие с момента подписания Приказа:

- договора платных медицинских услуг в амбулаторных условиях с момента подписания Приказа (Приложение №1 к Приказу)

2. Инженеру Коберидзе М.К. утвержденную форму договора по приказу разместить на официальном сайте Учреждения в течении трех дней после подписания приказа.

3. Настоящий приказ вступает в силу от даты его подписания.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.



Главный врач

А.А.Ошнокова

г. Москва

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская поликлиника № 214 Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «ГП № 214ДЗМ»), именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице Главного врача Ошноковой Аллы Арсеновны, действующего на основании Устава (Утвержденного Департаментом здравоохранения города Москвы) и Гражданин:

адрес регистрации: _____
 именуемый в дальнейшем Пациент (от имени несовершеннолетнего ребенка подписывает его родитель или законный представитель пациента), с другой стороны, вместе именуемые Стороны, руководствуясь Федеральным законом от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 №736 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных услуг» заключили настоящий Договор на оказание платных медицинских услуг (далее – Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Исполнитель принимает на себя обязательства оказать Пациенту платную квалифицированную медицинскую помощь (далее – Услуги), а Пациент обязуется оплатить Услуги в порядке и на условиях настоящего Договора.
- 1.2. Услуги по настоящему Договору оказываются Исполнителем в качестве платной медицинской помощи за счет личных средств Пациента. Пациент уведомлен Исполнителем о возможности получить Услуги на бесплатной основе, о чем засвидетельствовал личной подписью в заявлении и перечне медицинских услуг, подлежащих оказанию Пациенту по настоящему Договору.
- 1.3. Объем услуг, которые Исполнитель вправе и может оказать Пациенту в рамках настоящего Договора, указан в Перечне платных медицинских услуг и размере платы за услуги Исполнителя, который размещен на информационных стойках Исполнителя и интернет-сайте по адресу: [http:// www.mosgorzdrav.ru](http://www.mosgorzdrav.ru)
- 1.4. Объем Услуг, подлежащих оказанию Исполнителем по конкретному обращению Пациента, определяется в соответствии с обращением Пациента и оформляется в виде перечня медицинских услуг, подписываемого Пациентом, и являющегося приложением к настоящему Договору.
- 1.5. Право Исполнителя на оказание Услуг по настоящему Договору подтверждается лицензией на право осуществления медицинской деятельности № ЛО-77-01-017415 от 29 января 2019 года, выданной Департаментом Здравоохранения города Москвы. Копия лицензии размещена на информационных стойках по месту нахождения Исполнителя по адресу 115583 г. Москва, ул. Елецкая, д. 14 и интернет сайте. Информация о лицензирующем органе размещена на информационных стойках по месту нахождения Исполнителя и интернет сайте по адресу: [http:// www.mosgorzdrav.ru](http://www.mosgorzdrav.ru)
- 1.6. Исполнитель является юридическим лицом в соответствии с законодательством Российской Федерации. МИФНС России № 46 по г. Москве зарегистрировало Исполнителя в Едином государственном реестре юридических лиц (далее – ЕГРЮЛ) от 20.09.2012 года за ОГРН 1027700326906. Внесение сведений об Исполнителе в ЕГРЮЛ подтверждено копией свидетельства, которая размещена на информационных стойках Исполнителя и интернет сайте.
- 1.7. Срок действия настоящего Договора: с даты заключения Договора до _____
- 1.8. Срок оказания конкретных Услуг указываются в перечне медицинских услуг, подлежащих оказанию Пациенту.
- 1.9. Порядок оказания Услуг Пациенту регламентируется Порядком оказания медицинских услуг Исполнителя, Порядком заключения и исполнения договора на оказание платных медицинских услуг Исполнителя, стандартами оказания медицинской помощи, медицинской практикой, тактикой лечения Пациента.
- 1.10. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия пациента (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном в законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.
- 1.11. Обращения (жалобы) могут быть направлены пациентом письменно, на имя руководителя учреждения по почтовому адресу: 115583, г.Москва, ул.Елецкая, д.14 или на адрес электронной почты: gp214@zdrav.mos.ru.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 2.1. Исполнитель обязуется:
 - 2.1.1. Оказать Пациенту Услуги силами квалифицированного персонала, в соответствии с пунктами 1.3., 1.4., 1.9. настоящего Договора.
 - 2.1.2. Приступить к оказанию Услуг с момента подписания Пациентом: информационного добровольного согласия и согласия на обработку персональных данных.
 - 2.1.3. Фиксировать оказание Услуг Пациенту в соответствующих медицинских документах установленного образца.
 - 2.1.4. Разъяснять Пациенту необходимость проведения конкретных Услуг, в том числе для утверждения/подтверждения диагноза, лечения заболевания пациента. При необходимости осуществления непрофильных для Исполнителя медицинских услуг, выдать Пациенту соответствующие рекомендации об их проведении.
 - 2.1.5. По факту оказания Услуг, выдать Пациенту медицинские документы отражающие его состояние здоровья.
 - 2.1.6. После оказания Услуг, по письменному заявлению Пациента, выдать Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов) установленного образца, свидетельствующие об оказании Услуг и их результатах, за исключением подлинников документов или подлинников результатов исследований/обследований, которые подлежат хранению в лечебных учреждениях. Срок подготовки и предоставления указанных документов и информации – в течение 3-х календарных дней с даты получения Исполнителем письменного заявления Пациента.
 - 2.1.7. По письменному заявлению Пациента выдать Пациенту комплект документов, необходимый, для получения Пациентом социального налогового вычета. Срок подготовки и предоставления указанных документов и информации – в течение 3 календарных дней с даты получения Исполнителем письменного заявления Пациента.
- 2.2. Исполнитель вправе:
 - 2.2.1. При выявлении обстоятельств, делающих невозможным дальнейшее оказание Услуг по настоящему Договору, либо установлении необходимости оказания медицинской помощи не соответствующей профилю Исполнителя, приостановить оказание Услуг, уведомить Пациента, до определения дальнейшего порядка оказания медицинской помощи Пациенту (в том числе организации перевода Пациента в профильное медицинское учреждение).
- 2.3. Пациент обязуется:
 - 2.3.1. В целях выявления обстоятельств, могущих оказать влияние на качество оказания Услуг или препятствовать оказанию Услуг по настоящему договору, предоставить Исполнителю всю известную Пациенту и достоверную информацию о состоянии и особенностях своего здоровья и причинах обращения к Исполнителю.
 - 2.3.2. Своевременно, в полном объеме и в соответствии с условиями настоящего Договора оплатить Услуги, оказанные Исполнителем.
 - 2.3.3. Соблюдать Порядок оказания медицинских услуг, указанный в пункте 1.9 настоящего Договора.
 - 2.3.4. Своевременно ознакомиться с представляемой Исполнителем информацией о ходе оказания Услуг и подписывать требуемые для оказания Услуг и исполнения настоящего Договора документы.
 - 2.3.5. Соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
 - 2.3.6. Соблюдать выданные Исполнителем Пациенту при оказании Услуг или по факту их оказания рекомендации, в том числе по соблюдению режима лечения и необходимым последующим посещениям специалистов Исполнителя, в рамках контроля и профилактики состояния здоровья Пациента и проводимого лечения.
 - 2.3.7. Подписать представленный Исполнителем Акт об оказании услуг, фактически оказанных Исполнителем в календарную дату обращения Пациента. В случае не подписания Пациентом Акта об оказании услуг, уполномоченное лицо Исполнителя делает соответствующую отметку на подлинном экземпляре Акта об оказании услуг, а Услуги, указанные в таком Акте об оказании услуг считаются принятыми и подлежащими оплате Пациентом.
 - 2.3.8. Подписывая договор, Пациент подтверждает, что предварительно ознакомился с действующим прейскурантом Исполнителя, перечнем и стоимостью оказанных услуг, гарантиями, а также правилами, порядками, условиями, формами оказания платных медицинских услуг и их оплаты, с правилами поведения пациентов в Учреждении, на официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет Исполнителя <https://gp214.mos.ru> и согласился со всеми условиями.
- 2.4. Пациент имеет право:
 - 2.4.1. Получать в доступной ему форме информацию о ходе оказания Услуг (о состоянии своего здоровья, методах лечения, связанном с ними риске, ожидаемых результатах лечения, используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях) по настоящему Договору, после исполнения договора без взимания дополнительной платы. При необходимости получения информации в письменном виде, представить Исполнителю соответствующее письменное заявление. Срок подготовки письменного ответа – 3 дня с момента подачи заявления Исполнителем.
 - 2.4.2. Отказаться от оказания Исполнителем запланированных Услуг, оформив такой отказ в письменном виде. В этом случае Исполнитель информирует Пациента о возможных последствиях такого отказа и фиксирует такой факт в медицинской документации.
 - 2.4.3. Досрочно отказаться от исполнения настоящего Договора и потребовать возврата внесенных в качестве предварительной оплаты денежных средств, за исключением стоимости Услуг, фактически оказанных, к оказанию которых Исполнитель приступил и завершил по причинам, не зависящим от Исполнителя.

3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 3.1. Цена настоящего Договора составляет стоимость фактически оказанных Исполнителем Пациенту в рамках настоящего Договора Услуг, которая определяется согласно действующему на момент оказания конкретных Услуг Перечню платных медицинских услуг и размеру платы за услуги Исполнителя.
- 3.2. Цена оказанных Услуг по обращениям Пациента фиксируется в Приложении к Договору на оказание платных услуг, составляемым после завершения оказания Услуг в отношении конкретного обращения Пациента. Объем фактически оказанных Пациенту Услуг в рамках его конкретного обращения определяется соответствующими записями в медицинской документации, сопровождающей оказание Услуг пациенту, и документами подтверждающими проведение Услуг.
- 3.3. Окончательная цена Договора определяется как суммарная стоимость фактически оказанных Услуг Пациенту в период действия настоящего Договора с учетом всех обращений Пациента. Фактический объем Услуг, оказанных Исполнителем Пациенту, отражается в медицинской документации.
- 3.4. Оказание Услуг в рамках настоящего Договора осуществляется на условиях предоплаты полной стоимости подлежащих оказанию Услуг, определенных перечнем (перечнями) медицинских услуг, подлежащих оказанию Пациенту.
- 3.5. Цена настоящего Договора оплачивается Пациентом в рублях, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в разделе 7 настоящего Договора. При оплате по безналичному расчету, Пациент обязан предоставить Исполнителю платежное поручение с отметкой банка об осуществлении платежа.

3.6. Пациент вправе внести на расчетный счет Исполнителя авансовый платеж в любом размере в счет оплаты Услуг в будущих периодах, уведомив Исполнителя при внесении средств (либо указав в платежном поручении) о том, что данные средства вносятся в качестве авансового платежа. В этом случае, списание авансовых средств в счет оплаты Услуг осуществляется на основании фактически оказанных Исполнителем Пациенту Услуг, зафиксированных в Акте об оказании услуг.

3.7. В случаях определенных настоящим Договором, возврат денежных средств осуществляется:

- при поступлении средств на расчетный счет Исполнителя в безналичном порядке – на основании письменного требования Пациента, в течение 15 (пятнадцати) календарных дней с даты выставления требования Пациента на расчетный счет Пациента, с которого поступили денежные средства к Исполнителю.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. Стороны несут ответственность за предоставление друг другу достоверной информации в рамках и для исполнения настоящего Договора.

4.3. При нарушении Пациентом сроков оплаты цены настоящего Договора, Исполнитель не гарантирует своевременное оказание Услуг по настоящему Договору в сроки, согласованные при определении тактики обследования и лечения.

4.4. Исполнитель освобождается от ответственности за ненадлежащее или некачественное оказание Услуг по настоящему Договору в случае нарушения Пациентом условий п.п.2.3.1-2.3.5 настоящего Договора.

4.5. В случае оказания Услуг пациенту без предварительной полной оплаты стоимости подлежащих оказанию Услуг, и при просрочке оплаты Пациентом оказываемых ему Исполнителем Услуг более чем на 3 рабочих дня, Пациент обязуется выплатить Исполнителю пеню в размере 0,1% от суммы задолженности за каждый день просрочки платежа. Требование Исполнителя о выплате пени должно быть выражено в письменной форме и передано Пациенту лично, либо путем направления заказного письма по адресу, указанному в статье 7 настоящего Договора.

4.6. В случае повреждения/уничтожения имущества Исполнителя (медицинское оборудование, медицинский инструментарий, медицинская мебель и иные предметы бытового обслуживания, иного имущества), Пациент возмещает Исполнителю расходы по восстановлению поврежденного/уничтоженного имущества в полном объеме. Требование Исполнителя о возмещении расходов должно быть выражено в письменной форме и передано Пациенту лично, либо путем направления заказного письма по адресу, указанному в статье 7 настоящего Договора.

4.7. Исполнитель освобождается от ответственности за достоверность сведений внесенных в амбулаторную карту Пациента в случае выноса Пациентом амбулаторной карты за пределы лечебного учреждения Исполнителя.

4.8. Уплата штрафных санкций не освобождает Стороны от исполнения принятых на себя обязательств по настоящему Договору.

4.9. Вред, причиненный жизни и здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

5.1. Любая информация о состоянии здоровья Пациента, порядке и ходе оказания Услуг, а также связанная с оказанием Услуг медицинская документация является конфиденциальной и не подлежит разглашению третьим лицам, за исключением установленных действующим законодательством случаев.

5.2. Информация о лицах, которым Исполнитель вправе доводить полную информацию о состоянии здоровья Пациента, содержится в медицинской документации в виде надлежаще оформленного Пациентом информированного добровольного согласия и согласия на обработку персональных данных.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до _____, а в части расчетов, до фактического и полного осуществления.

6.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы, возникшей после заключения настоящего Договора: пожар, наводнение, землетрясение, иные природные явления, а также такие обстоятельства, которые на современном уровне развития медицинской науки и практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены.

6.3. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору возможны только по соглашению сторон и подлежат письменному оформлению в виде дополнительных соглашений к настоящему Договору подписанных сторонами.

6.4. Во всем, что не урегулировано настоящим Договором, стороны будут руководствоваться действующим законодательством РФ.

6.5. Все споры и разногласия, возникшие в рамках исполнения настоящего Договора будут разрешаться сторонами путем переговоров, а при недостижении согласия в 30-и дневный срок с даты начала урегулирования (претензионный порядок) – в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

6.6. Вся корреспонденция подлежит направлению и считается надлежаще отправленной по реквизитам, указанным в п. 7 настоящего Договора. В случае изменения реквизитов Сторон, новые реквизиты считаются надлежащими только при условии внесения изменения в настоящий Договор путем оформления соответствующего дополнительного соглашения к настоящему Договору.

6.7. Настоящий Договор составлен и подписан Сторонами в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

6.8. Пациент может ознакомиться с правилами, документами и формами, указания на которые имеются в настоящем договоре, адресами и телефонами учредителя (Департамент Здравоохранения г.Москвы), 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 на информационных стендах и на официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет Исполнителя <https://gp214.mos.ru>.

6.9. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг может потребоваться дополнительное медицинское вмешательство для обеспечения безопасности и надлежащего качества намеченных медицинских услуг, перечень дополнительных услуг согласовывается с пациентом и указывается в дополнительном плане лечения и дополнительном перечне услуг.

6.10. Договор может быть заключен посредством использования сети «Интернет» (при наличии у исполнителя сайта) на основании ознакомления Пациента с предложенным исполнителем описанием медицинской услуги (дистанционный способ заключения договора).

6.11. При заключении договора дистанционным способом отказ Пациента от исполнения договора может быть совершен способом, используемым при его заключении.

6.12. Пациент может направить Исполнителю в любой форме и любым, включая дистанционный, способом требование, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной платной медицинской услуги), а Исполнитель обязан принять эти требования, в том числе дистанционным способом.

7. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ГБУЗ «ГП № 214 ДЗМ»

Юридический адрес:

115583 г. Москва, ул. Елецкая, д.14 тел.:

Телефон: 8(495) 398-82-01

ИНН 7724245600 КПП 772401001

ОГРН 1027700326906,

ОКВЭД 85.12

БИК 004525988

л/с 2605442000960979

к/с 40102810545370000003

р/с 03224643450000007300

в ГУ Банка России по ЦФО//

УФК ПО Г.МОСКВЕ

Главный врач _____

(подпись)

А.А. Ошнокова

Пациент / Представитель

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Паспорт: серия _____ номер _____

Выдан _____

Адрес регистрации _____

Тел. _____

_____/_____/_____

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

Я, _____

Зарегистрированный по адресу: _____

- в доступной мне форме проинформирован сотрудниками ГБУЗ «ГП № 214ДЗМ» о возможности получения медицинской помощи (медицинских услуг) без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи;

- выражаю свое желание и согласие на получение платной медицинской помощи на иных условиях, чем предусмотрено указанными выше программами государственных гарантий, в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг;

- в доступной мне форме проинформирован сотрудниками ГБУЗ «ГП № 214ДЗМ» о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) сотрудников ГБУЗ «ГП № 214ДЗМ», в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской помощи (медицинской услуги), повлечь за собой невозможность ее завершения в сроки или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Мне, _____

Зарегистрированный по адресу: _____

лечащим врачом в доступной для меня форме даны полные и всесторонние разъяснения о состоянии моего здоровья (здоровья представляемого) на настоящий момент, включая сведения о диагнозе, результатах обследований, наличии заболеваний (основного и сопутствующих) и их осложнений, а также возможные варианты развития заболеваний и их прогноз.

Я поставил(а) в известность врача об индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Добровольно даю согласие лечащему врачу и его коллегам выполнить необходимое мне (представляемому) медицинское вмешательство: анализ крови общий и биохимический, вирусные гепатиты, бледную трепонему, анализа мочи, электрокардиографию, диагностические исследования на грибы, забор материала для микроскопических исследований, проведение ультразвуковых и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, физиотерапевтических процедур, эндоскопических манипуляций, наружной терапии. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Мне понятно, что указанный выше объем медицинского вмешательства будет мне (представляемому) выполнен с целью достижения наиболее благоприятного результата, который возможен при моем состоянии (состоянии представляемого); мне также понятно, что никаких гарантий относительно исхода медицинского вмешательства мне дано быть не может.

Я извещен(а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных им лекарств.

Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я согласен(а) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов исключительно в медицинских обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

Ф.И.О.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

Согласие на обработку персональных данных от _____ г.

Я, _____

Проживающий по адресу: _____

Паспортные данные:

Паспорт: серия _____ номер _____ Выдан _____

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона № 152 подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ «ГП № 214 ДЗМ» в г. Москве, именуемое далее Оператор, моих персональных данных включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии моего здоровья, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления клинического диагноза и оказания медицинских услуг.

В процессе оказания мне Оператором медицинских услуг 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 право Оператору совершать все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, 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 по Договорам.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой организацией с использованием электронных 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 пять лет.

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

Настоящее согласие дано мной _____ 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 под расписку представителю Оператора.

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

Подпись: V