«Утверждаю»
Главный врач «ДГП№12 ДЗМ»
_____ Н.А.Пронько

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Москва _____20__г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника № 12 Департамента здравоохранения города Москвы» (ОГРН 1027700424058, ИНН 7737127354), в лице главного врача Пронько Николая Александровича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и_____, являющийся(яся) законным представителем, далее именуемый(ая) «Заказчик», несовершеннолетнего _____ далее именуемый(ая) «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Предметом настоящего Договора является оказание платных медицинских услуг. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги (далее – Услуги), а Заказчик обязуется оплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Заказчик и (или) Потребитель уведомлен Исполнителем о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Отказ заказчика от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому Потребителю без взимания платы в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа).

1.3. Объем, срок и стоимость предоставляемых платных медицинских и иных услуг определяется в зависимости от индивидуального объема оказываемых услуг и определяются по соглашению сторон. (если федеральными законами или иными нормативными актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования) и оформляются в виде ПЕРЕЧНЯ медицинских услуг, являющегося неотъемлемой частью настоящего Договора *(Приложение № 1*), и подписывается Заказчиком и медицинским работником Исполнителя, оказывающим эти Услуги. Услуги считаются согласованными в момент их оплаты Заказчиком.

1.4. Услуги предоставляются Потребителю путем предоставления первичной медико-санитарной помощи и иных услуг работниками Исполнителя (врачами педиатрами, врачами специалистами, медицинскими сестрами и иными специалистами).

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

2.1. **Исполнитель обязан:**

2.1.1. Оказывать платные медицинские услуги в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и условиями настоящего Договора на основании действующей лицензии № ЛО41-01137-77/00368543 от 17 августа 2018г. (действует бессрочно), выданной Департаментом здравоохранения города Москвы, расположенный по адресу: г. Москва Оружейный переулок, д. 43, телефон Единой справочной службы города Москвы +7(495)777-77-77.

2.1.2. Предоставлять по желанию Заказчика информацию о методах рекомендуемого лечения, включая технологические особенности манипуляции, процедуры, вмешательства и о возможных осложнениях.

2.1.3. Соблюдать врачебную тайну, обеспечить защиту прав Потребителя при обработке его персональных данных и не предоставлять их третьим лицам (кроме случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации). С согласия Потребителя и (или) его законного представителя допускается передача сведений, составляющих персональные данные, третьим лицам в интересах обследования и лечения Потребителя.

2.1.4. Вести учет медицинских услуг, оказанных Потребителю.

2.1.5. По обращению Заказчика бесплатно выдать медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях (порядок выдачи медицинских документов регулируется Приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020г. №789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них»).

2.1.6 По обращению Заказчика Исполнитель выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы потребителя и (или) заказчика на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:

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

б) справка об оплате медицинских услуг по установленной форме;

в) рецептурный бланк с проставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика», заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации;

г) документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов (кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета, в случаях, если в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники у медицинской организации отсутствует обязанность по применению контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов).

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Требовать от Потребителя и Заказчика предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания Услуг Потребителю, в том числе, о перенесенных заболеваниях, аллергически реакциях, противопоказаниях и т.п. По требованию Исполнителя Заказчика должен предоставить медицинскую документацию, выписку из амбулаторной карты поликлиники по месту жительства, справки из специализированного диспансера и другую необходимую документацию.

2.2.2. В случае потенциальной угрозы здоровью Потребителя самостоятельно определять объем медицинских услуг, необходимых для оказания медицинской помощи. Отказ Потребителя и (или) Заказчика от медицинской помощи с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Потребителем и (или) Заказчиком (его законным представителем) с одной стороны, а также медицинским работником с другой.

2.2.3. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий отказать ему в их проведении и возвратить Заказчику денежные средства, уплаченные для оказания этих услуг.

2.3. Заказчик и (или) Потребитель обязан:

2.3.1.Своевременно и в полном объеме вносить плату за оказанные платные медицинские услуги. Оплата услуг производится Заказчиком в соответствии с Приложением № 1.

2.3.2. Соблюдать условия настоящего Договора, правила медицинского поликлинического обслуживания, сообщать все необходимые сведения, бережно относиться к имуществу Исполнителя.

2.3.3. Добросовестно выполнять рекомендации врача и медицинских работников в ходе получения медицинских услуг. Несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

2.3.4. Потребитель и (или) Заказчик подтверждает, что уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

За последствия невыполнения Потребителем и (или) Заказчиком полученных рекомендаций Исполнитель ответственности не несет и имеет право отказать в дальнейшем предоставлении услуг.

2.3.5. Информировать письменно Исполнителя об изменении реквизитов (адреса, телефона, паспортных данных и тд) в течение 3 (трех) дней после изменений.

2.3.6. Потребитель и заказчик, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

2.4. **Заказчик имеет право:**

2.4.1. Получать имеющуюся информацию о состоянии здоровья Потребителя, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства и последствиях и результатах проведенного лечения.

2.5. Обязательным условием предоставления услуг Потребителю является подписание Потребителем и (или) его законным представителем - Заказчиком добровольного информированного СОГЛАСИЯ в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», которое является приложением к настоящему Договору (*Приложение № 2*).

2.6. Медицинский препарат, предназначенный для вакцинации Потребителя, приобретенный Заказчиком, обмену и возврату не подлежит. В случае, если Потребитель не воспользовался медицинским препаратом для вакцинации в указанный срок, Услуга считается оказанной Исполнителем.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, представляемых Потребителю и Заказчику по настоящему Договору, определяется тарифами на платные медицинские услуги, действующими на момент оказания медицинской услуги. Тарифы на платные медицинские услуги утверждаются Исполнителем, предоставляются для ознакомления Заказчику при заключении договора. Информация о перечне услуг, составляющих медицинскую деятельность организации в соответствии с лицензией, размещены на информационной стойке в помещении Исполнителя и на интернет-сайте www.dgp12.ru.

3.2. Тарифы на платные медицинские услуги могут изменяться Исполнителем в течение всего срока действия настоящего Договора в одностороннем порядке.

3.3 Оплата услуг производится Заказчиком на основании Приложения №1 к настоящему Договору.

3.4.Оплата оказываемых услуг осуществляется до оказания медицинских и иных услуг (предоплата) в безналичном порядке на расчетный счет Исполнителя через отделения Сбербанка РФ.

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

3.5. Оплата медицинской услуги Заказчиком или Потребителем путем перевода средств на счет третьего лица, указанного исполнителем (в письменной форме), не освобождает исполнителя от обязанности осуществить возврат уплаченной потребителем и (или) заказчиком суммы как при отказе от исполнения договора, так и при оказании медицинских услуг (выполнении работ) ненадлежащего качества, в соответствии с Законом Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель не несет ответственности при возникновении у Потребителя осложнений в период оказания медицинских и иных услуг, возникших вследствие невыполнения Потребителем и (или) Заказчиком требований и рекомендаций врача, обеспечивающих успешное лечение по результатам полученных услуг.

4.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, запретительные меры органов государственной власти).

4.4. При несоблюдении Потребителем и (или) Заказчиком правил и условий медицинского поликлинического обслуживания, а также совершении действий, наносящих ущерб Исполнителю, Заказчик обязан возместить причиненный ущерб.

4.5. При предъявлении Потребителем и (или) Заказчиком требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

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

4.7. При любых конфликтных ситуациях Стороны принимают все меры к их решению путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с законодательством Российской Федерации. Для обращения в суд обязательно соблюдение досудебного претензионного порядка.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания и действует по достижению Потребителем возраста 17 лет 11 месяцев 29 дней.

5.2. Настоящий Договор составлен в 2-х (Двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА.

6.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору действительны и являются неотъемлемой частью настоящего Договора только при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

6.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по взаимному согласию Сторон.

6.3. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору, в том числе, предоставление некачественной платной медицинской услуги, Потребитель вправе требовать возмещения причиненного ущерба и (или) расторжения Договора, предупредив о расторжении Исполнителя за 5 (пять) дней, в соответствии с законодательством.

6.4. В случае неисполнения, или ненадлежащего исполнения Потребителем и (или) Заказчиком обязательств по настоящему Договору, в том числе, за не оплату услуг, несоблюдение медицинских рекомендаций, предоставлении недостоверных сведений, Исполнитель вправе расторгнуть Договор, предупредив о расторжении за 5 (пять) дней, и требовать возмещения причиненного ущерба в соответствии с законодательством.

6.5. При досрочном расторжении Договора по вине Заказчика, Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные расходы пропорционально оказанным услугам.

7. ОБРАБОТКА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ.

7.1. Необходимым условием исполнения настоящего Договора является добровольное информированное СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных Заказчика и Потребителя в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», которое является неотъемлемой частью настоящего Договора *(Приложение № 3)*.

8. РЕКВИЗИТЫ, АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН.

Исполнитель:
ГБУЗ «ДГП №12 ДЗМ»
Адрес: 115582, г.Москва, улица Домодедовская,д.34,кор.2
ИНН 7737127354 КПП 772401001
ОГРН 1027700424058
Банковские реквизиты: Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «ДГП № 12 ДЗМ» л/с 2605442000960923)
БИК 004525988
ГУ Банка России по ЦФО//УФК по г.Москве г.Москва
кор./счет 40102810545370000003
р/с 03224643450000007300

_____ _____/_____/
(должность) (подпись) (расшифровка)

МП

Потребитель:
Паспортные данные: _____
Адрес: _____
Телефон: _____
_____ /ФИО/
(подпись)

««Утверждаю»
Главный врач «ДГП№12 ДЗМ»
_____ Н.А.Пронько

Приложение №1 к договору № от
на оказание платных медицинских услуг

ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПОДЛЕЖАЩИХ ОКАЗАНИЮ ПАЦИЕНТУ ОТ

ГБУЗ « ДГП № 12 ДЗМ» - Исполнитель, обязуется оказать Пациенту следующие платные услуги:

Код и наименование услуги	Цена (руб.)	Кол.	Сумма (руб.)	Специалист Исполнителя	Дата, Время оказания услуги

Всего:

Итого услуг на сумму:

Настоящий Перечень является основанием для оплаты Потребителем указанных в нем Услуг.

Медицинские услуги оказываются в соответствии с лицензией ЛО41-01137-77/00368543 от 17.08.2018г. на осуществление медицинской деятельности при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: аллергологии иммунологии, гастроэнтерологии, детской кардиологии, детской эндокринологии, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, неврологии, оториноларингологии, офтальмологии, педиатрии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, травматологии и ортопедии, физиотерапии, функциональной диагностике, ультразвуковой диагностике, экспертизе временной нетрудоспособности, эндоскопии; при осуществлении специализированной медицинской помощи по: акушерству и гинекологии, аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, детской кардиологии, детской урологии-андрологии, детской хирургии, детской эндокринологии, клинической лабораторной диагностике лечебной физкультуре и спортивной медицине, неврологии, нефрологии, оториноларингологии, офтальмологии, педиатрии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, травматологии и ортопедии, физиотерапии, функциональной диагностике, ультразвуковой диагностике, экспертизе временной нетрудоспособности, эндоскопии.

Медицинские услуги оказываются Исполнителем в сроки, согласно записи к врачу соответствующего профиля (дата/время оказания услуги).

В случае невозможности получить/оказать услугу по уважительной причине в назначенное дата/время, и при уведомлении Потребителем специалиста Исполнителя и при уведомлении Исполнителем Потребителя, Исполнитель и Потребитель согласуют иную дату/время оказания Услуги. Уведомление должно быть осуществлено до наступления даты/время оказания услуги с использованием телефонной связи, электронной почты, или иным способом связи, позволяющим установить, что уведомление получено. Неявка Пациента к специалисту Исполнителя в установленные сроки, и не уведомление Исполнителя о невозможности соблюдения срока явки, является отказом Потребителя и (или) Пациента от подлежащей оказанию медицинской услуги.

Срок предоставления услуги на посещение бассейна составляет 35 календарных дней. При наличии справки о болезни Пациента (ребенка) срок действия услуги на посещение бассейна продлевается на 30 календарных дней после даты окончания болезни Пациента (ребенка). Срок действия услуги не может превышать 80 дней с учетом справки Пациента. Потребитель и (или) Пациент в обязательном порядке должен информировать Исполнителя о не явке Пациента на очередное занятие за сутки до начала занятия. В случае, если Потребитель и (или) Пациент не проинформировал Исполнителя о не явке - услуга считается оказанной Исполнителем.

Потребитель и (или) Пациент в доступной форме получил информацию от работников Исполнителя о возможности получения медицинской помощи (медицинских услуг) без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

Потребитель и (или) Пациент выражает свою волю и согласие на получение платной медицинской помощи в объеме платных медицинских услуг, определенных настоящим Перечнем.

Потребитель и (или) Пациент в доступной форме получил информацию от работников Исполнителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) специалистов Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой ему платно медицинской помощи (медицинской услуги), повлечь за собой невозможность ее завершения в сроки или отрицательно сказаться на состоянии его здоровья.

Услуга «Вакцинация» предоставляется в день оплаты услуги, при наличии положительного заключения от врача-педиатра на проведение данной услуги.

Для целей исполнения обязательств по Договору мне разъяснено, что в соответствии с ч. 2 ст. 54 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» несовершеннолетние, в возрасте старше 15 (пятнадцати) лет имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него.

ПОТРЕБИТЕЛЬ: _____ / /
(подпись)

ПАЦИЕНТ:

ИСПОЛНИТЕЛЬ: _____ _____/_____/
(должность) (подпись) Ф.И.О.

АКТ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ от

В соответствии с Договором на оказание платных медицинских услуг № от и Перечнем медицинских услуг, подлежащих оказанию пациенту от услуги оказаны в полном объеме.

Претензий по объему, качеству и срокам оказания медицинских услуг не имею.

ПОТРЕБИТЕЛЬ: _____ / /

ИСПОЛНИТЕЛЬ: _____ _____/_____/
(должность) (подпись) Ф.И.О.

«Утверждаю»
Главный врач «ДГП№12 ДЗМ»
_____ Н.А.Пронько

Приложение №2 к Договору № от
на оказание платных медицинских услуг

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, , паспорт , зарегистрированный по адресу , даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года № 24082), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, в ГБУЗ «ДГП № 12 ДЗМ».
Медицинским работником _____ _____ в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст.6724; 2012, N 26, ст.3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь

, дата рождения

_____

_____

_____

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиогафия, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

_____/ /

«Утверждаю»
Главный врач «ДГП №12 ДЗМ»
_____ Н.А.Пронько

Приложение №3 к Договору № от
на оказание платных медицинских услуг.
(Конфиденциально по заполнению Экз. единственный)
Главному врачу ГБУЗ «ДГП № 12 ДЗМ»
Пронько Н.А.

Заявление субъекта персональных данных
о согласии на обработку персональных данных пациента и его законного представителя.

Я,	
Являюсь законным представителем несовершеннолетнего:	
Дата рождения	Пол
Документ, удостоверяющий личность законного представителя:	
Зарегистрирован(а) по адресу:	

В соответствии с требованиями ст. 6 и 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» для целей обеспечения квалифицированного медицинского обслуживания, даю согласие Оператору – Государственному бюджетному учреждению здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника № 12 Департамента здравоохранения города Москвы», расположенному по адресу: город Москва, улица Домодедовская, д.34, кор.2, на получение и обработку моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего, законным представителем которого я являюсь (далее – персональные данные), а именно:

Фамилия; Имя; Отчество; Пол; Дата рождения; Адрес места жительства; Домашний телефон; Мобильный телефон; Данные полиса обязательного и/или добровольного медицинского страхования (ОМС/ДМС); Данные о состоянии здоровья: заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, назначенном лечении при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и данными несовершеннолетнего, законным представителем которого я являюсь, или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать персональные данные, в том числе биометрические данные, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчётные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации.

Я обязуюсь предоставлять персональные данные, соответствующие действительности, а в случае их изменения своевременно (в течение трёх рабочих дней) направлять их Оператору для коррекции.

Оператор имеет право на обмен (приём и передачу) персональными данными со страховой медицинской компанией, фондом обязательного медицинского страхования, фондом социального страхования, Департаментом здравоохранения города Москвы, центральным медицинским архивом, другими медицинскими организациями и статистическим управлением с использованием информационных технологий и технических средств, машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их приём и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять конфиденциальность информации.

Передача персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Мне разъяснено, что допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, и в иных целях в соответствии с ч.3 и ч.4 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные и данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования и лечения моего несовершеннолетнего ребенка.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

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

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан:

а) прекратить обработку моих персональных данных;

б) уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации в срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления указанного отзыва, без уведомления меня об этом.

Я утверждаю, что ознакомлен(а) с документами, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области, я предупрежден(а) о возможных последствиях прекращения обработки своих персональных данных.

Настоящее согласие действует бессрочно.

_____/_ _/

(подпись) (Фамилия и инициалы)