**ДОГОВОР оказания платных медицинских услуг**

г. Магнитогорск «\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ г.

ГАУЗ «Городская больница № 3 г. Магнитогорск» адрес: 455030, г. Магнитогорск, ул. Советская, 88, лицензия № ЛО-74-01-005648 от 30 сентября 2020г.(бессрочно), выданная Министерством здравоохранения Челябинской области, находящимся по адресу: 454000, г. Челябинск, ул. Кирова, 165, телефон 8(351)263-52-62, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 7456 номер 1027402236058 ОГРН, дата регистрации 20.01.1994г., регистрирующий орган Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы №17 по Челябинской области), ИНН 7446012253, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»,** в лице главного врача Щербакова Михаила Владимировича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(наименование или Ф.И.О.)

Именуемый (ая) в дальнейшем **"Заказчик",** адрес места жительства и телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

данные документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,данные документа, удостоверяющего личность законного представителя потребителя

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

наименование и адрес заказчика - юридического лица в пределах его места нахождения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, основной государственный регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ идентификационный номер налогоплательщика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

с другой стороны и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(ФИО потребителя , адрес места жительства и номер контактного телефона, данные документа,

удостоверяющего личность)

именуемый(-ая) в дальнейшем  **«Потребитель»,** с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**Понятия, используемые в настоящем Договоре**

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

Платные медицинские услуги - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

Заказчик - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу потребителя;

Потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального [закона](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=436343&date=29.09.2023) от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

Исполнитель - медицинская организация, независимо от организационно-правовой формы, а также индивидуальный предприниматель, оказывающие платные медицинские услуги в соответствии с Договором.

**I. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА** 1.1. На условиях настоящего Договора Исполнитель по заданию Заказчика обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги, а Заказчик обязуется принять и оплатить Исполнителю стоимость оказанных услуг , оказанные Исполнителем в порядке и в сроки, установленные в Договоре. 1.2.Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в соответствии с утвержденными Исполнителем [Правилами](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=PAP&n=75190&date=29.09.2023) оказания медицинских услуг. 1.3. Объем оказываемых по настоящему Договору услуг определяется желанием Заказчика, Потребителя и организационно-техническими возможностями Исполнителя. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором , срок их предоставления и стоимость приведены в Дополнительным соглашении к договору (Приложении №1), являющимся неотъемлемой частью настоящего договора 1.4. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, содержатся в Прейскуранте цен. В момент подписания настоящего Договора Потребитель и Заказчик ознакомлены с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность, Прейскурантом цен Исполнителя, понимают содержащуюся в них информацию, согласны с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлены о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования. 1.5. На момент подписания настоящего Договора Заказчик и Потребитель уведомлены о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

**П. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН** 2.1. Исполнитель обязуется: 2.1.1.Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными правовыми актами Российской Федерации, в том числе с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации. 2.1.2.Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации. 2.1.3.Предупредить Потребителя и Заказчика в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре. Исполнитель предоставляет дополнительные медицинские услуги на возмездной основе с согласия Потребителя и Заказчика. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». 2.1.4. Предоставлять Потребителю достоверную информацию 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; об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению. С письменного согласия Потребителя предоставлять Заказчику достоверную информацию 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; об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению. 2.1.5. Вести медицинскую документацию в установленном порядке. После исполнения договора выдать Потребителю либо Заказчику, с письменного согласия Потребителя, копии медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг в порядке, определяемом разделе III настоящего договора. 2.1.6. Исполнитель гарантирует обязательное соблюдение санитарного режима, наличие соответствующих сертификатов врачей. 2.1.7. Предупредить Потребителя либо Заказчика, с письменного согласия Потребителя, о невозможности оказания платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний. 2.1.8. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, на основе [клинических рекомендаций](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=141711&date=04.08.2023&dst=100123&field=134) либо по просьбе и с согласия Потребителя либо Заказчика, с письменного согласия Потребителя, в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи по письменному согласию Потребителя. 2..2. Исполнитель имеет право: 2.2.1.Требовать от Потребителя и Заказчика предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг. 2.2.2.Требовать от Потребителя и Заказчика бережного отношения к имуществу Исполнителя и соблюдения им Правил внутреннего распорядка Исполнителя. 2.2.3.В случае опоздания Потребителя более чем на десять минут к назначенному времени после согласования с лечащим врачом перенести срок получения услуг. 2.2.4. Прогнозируемые гарантии устанавливаются врачом индивидуально исходя из общего состояния здоровья Потребителя, выполняемости плана лечения, клинической картины. 2.3. Заказчик обязуется: 2.3.1. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные медицинские услуги, в соответствии с условиями настоящего Договора. 2.3.2. Выполнять Правила внутреннего распорядка Исполнителя требования и предписания медицинского персонала Исполнителя. В соответствии с Федеральным [законом](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=452906&date=04.08.2023) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации. Соблюдать правила техники безопасности и пожарной безопасности. 2.3.3. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Потребителя и/или лиц его сопровождающих Заказчик либо Потребитель обязуется в течение 30 дней возместить Исполнителю действительный нанесенный ущерб в полном объеме. 2.3.4. Подписать и предать Исполнителю акт оказанных услуг. 2.4. Потребитель обязуется: 2.4.1. Выполнять Правила внутреннего распорядка Исполнителя требования и предписания медицинского персонала Исполнителя. В соответствии с Федеральным [законом](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=452906&date=04.08.2023) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации. Соблюдать правила техники безопасности и пожарной безопасности. 2.4.2. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Потребителя и/или лиц его сопровождающих Заказчик либо Потребитель обязуется в течение 30 дней возместить Исполнителю действительный нанесенный ущерб в полном объеме. 2.4.3. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача по лечению, а также указания, предписанные на период после оказания услуг. 2.4.4. Выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя. 2.4.5. Подписать и предать Исполнителю акт оказанных услуг. 2.5. Потребитель имеет право: 2.5.1. На выбор врача-специалиста. 2.5.2. На профилактику, диагностику, лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям. 2.5.3. На получение консультаций врачей-специалистов. 2.5.4. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым в интересах Потребителю может быть передана информация о состоянии здоровья лица, в интересах которого действует Потребитель. 2.5.5. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну. 2.5.6.На отказ от медицинского вмешательства. 2.5.7. Потребитель либо его законный представитель , имеет право  на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов (ч. 5 ст. 22 Закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ). 2.6. Заказчик имеет право: 2.6.1.Отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенные им расходы. 2.6.2. На основании письменного заявления, с письменного согласия Потребителя получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов (ч. 5 ст. 22 Закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ)  **III ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ** 3.1. Выдача медицинских документов (копий медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Потребителя, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, осуществляется после получения Потребителем платных медицинских услуг. 3.1.1. Выдача медицинских документов (копий медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Потребителя осуществляется в соответствие с Приказом Минздрава России от 14.09.2020 N 972н "Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений", Приказом Минздрава России от 31.07.2020 N 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них". 3.2. Выдача медицинских документов, предусмотренных п.3.1 настоящего Договора осуществляется без взимания дополнительной платы. 3.3. Законный представитель имеет право выбрать получение отражающих состояние здоровья копий медицинских документов или выписок документов одним из перечисленных способов: - получение на бумажном носителе при личном обращении Законного представителя за получением указанных документов при предъявлении документа, удостоверяющего личность или по почте. - направления в форме электронных документов  в личный кабинет Законного представителя. 3.3.1.Заказчик имеет право получить медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Потребителя с письменного согласия Потребителя (доверенности). 3.4.Запрос составляется в свободной форме и содержит:  1) сведения о пациенте: а) фамилия, имя, отчество (при наличии); б) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента; в) адрес места жительства (места пребывания); г) почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и (в случае, если имеется) номер контактного телефона, адрес электронной почты (при наличии); 2) в случае обращения от имени пациента его законного представителя - сведения о законном представителе, указанные в [подпункте 1](#p4) настоящего пункта; 3) наименования медицинских документов (их копий) или выписок из них, отражающих состояние здоровья пациента, которые пациент либо его законный представитель намерен получить, и период, за который он намерен их получить; 4) сведения о способе получения законным представителем запрашиваемых медицинских документов (их копий) или выписок из них; 5) дату подачи запроса и подпись законного представителя (для письменного запроса). 3.5. При подаче запроса лично, а также при личном получении медицинских документов (их копий) и выписок из них законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель пациента дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус. 3.6. При подаче запроса о получении медицинских документов (их копий) и выписок из них от доверенного лица, данное лицо предъявляет документ, удостоверяющий личность, а также доверенность. 3.7. Предоставление законному представителю, лицу, действующему на основании доверенности копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра. **IV. СТОИМОСТЬ УСЛУГ СРОКИ, ВИДЫ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ.** 4.1. Стоимость предоставляемых медицинских услуг определяется на основании Прейскуранта цен Исполнителя в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг (Приложении №1). Заказчик оплачивает услуги путем 100% предоплаты (аванса), по цене, указанной в Приложении №1к настоящему Договору. Оплата услуг осуществляется через кассу Исполнителя, либо в безналичном порядке. Заказчику выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной документ подтверждающий факт осуществления расчета, в случаях, если в соответствии с требованиями. 4.2. В случае отказа Потребителя либо Заказчика после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

**V. СРОКИ ПО ДОГОВОРУ**

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по нему. 5.2. Сроки оказания услуг по настоящему Договору с "\_\_\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. по "\_\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. 5.3. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон. 5.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

**VI. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ФОРС-МАЖОРНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА**

6.1.Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни: Потребителя. 6.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам ожидания услуг: Потребитель вправе по своему выбору: - назначить новый срок ожидания услуги; - потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги; - потребовать исполнения услуги другим специалистом; - отказаться от исполнения настоящего Договора.  6.3. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом. Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства. 6.4. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 5 (пяти) рабочих дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств. 6.5. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации. 6.6. Исполнитель и его работники, оказывающие услуги по настоящему Договору, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Потребителю медицинской помощи .

**VII. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

7.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

7.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**VIII.УСЛОВИЯ И СРОКИ ОЖИДАНИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ** 8.1. Услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя приобрести медицинскую услугу на возмездной основе. 8.2. Потребитель предоставляет Исполнителю всю документацию, информацию и другие сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью. 8.3. Потребитель ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых услуг. 8.4. Сроки ожидания оказания медицинской помощи определяются в соответствие с Дополнительным соглашением к договору (Приложение №1) **IX. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ** 9.1.Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью. 9.2.Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон (вариант: по одному для Исполнителя, Заказчика и Потребителя). 9.3.Неотъемлемой частью настоящего Договора являются: Дополнительное соглашение к Договору. **X. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН.**

Исполнитель Потребитель

ГАУЗ «Городская больница №3 г. Магнитогорск» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ФИО

Адрес: г.Магнитогорск, ул. Советская,88 Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН 7446012253 Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ОГРН 1027402236058 Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/М.В.Щербаков \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заказчик

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ФИО

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение №1

к Договору от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_

Дополнительное соглашение к Договору Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование услуги | Срок  ожидания услуги | Место оказания услуги, ответственное лицо | Стоимость услуги, руб. |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |

Подписи Сторон

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Потребитель: |  | Исполнитель: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) |  | Главный врач М.В.Щербаков |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) |

Заказчик:

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) |

Уведомление.

Потребитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ уведомлен о том, что несоблюдение

указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную

медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество

оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться

на состоянии здоровья Потребителя.

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

*Подписьь расшифровка подписи*

В ГАУЗ «Городская больница №3 г. Магнитогорск»

адрес: 455030 г. Магнитогорск ул. Советская д.88

Согласие потребителя на обработку персональных данных

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

(Ф.И.О. субъекта персональных данных),

"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года рождения, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт: серия

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан "\_\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

руководствуясь [ст. ст. 9](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=439201&dst=100278&field=134&date=29.09.2023), [10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=439201&dst=100080&field=134&date=29.09.2023) Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", даю согласие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование и адрес медицинской организации) (далее - Оператор) в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях на следующий срок: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

В соответствии с [п. п. 3](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=439201&dst=100298&field=134&date=29.09.2023), [4 ч. 2 ст. 10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=439201&dst=100086&field=134&date=29.09.2023) Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" оператор имеет право на обработку персональных данных, если она:

- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;

- осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(подпись, Ф.И.О.)