**Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) Исполнителя.**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизиться качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ДОГОВОР №

на оказание платных медицинских услуг

Великий Новгород «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

Общество с ограниченной ответственностью «Новый Стандарт 32», именуемое в дальнейшем «Исполнитель» или «Клиника», в лице Главного врача Сергея Владимировича Ишейского, действующего на основании Доверенности № \_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_ года, с одной стороны, и гражданин (-ка)

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

если Пациентом является несовершеннолетний гражданин, договор в его интересах заключает (подписывает) его законные представитель. При этом в данной графе указываются ФИО, паспорт (серия, номер, кем и когда выдан), адрес места жительства и номер контактного телефона законного представителя Пациента.

если оплата по договору будет производиться третьим лицом («Заказчик») в безналичной форме в пользу Пациента, в данном разделе и в реквизитах сторон, указываются данные «Заказчика»

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

I. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. На условиях настоящего Договора Клиника обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги согласно Приложению № 1, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Пациент обязуется принять и оплатить медицинские услуги, оказанные Клиникой в порядке и в сроки, установленные в Договоре. «ПАЦИЕНТОМ» медицинских услуг, оказываемых в рамках настоящего договора является:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, адрес места жительства и телефон потребителя)

1.2. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Потребителя получить медицинские услуги за плату, наличие медицинских показаний и технической возможности для оказания медицинских услуг. Объем оказываемых по настоящему Договору услуг определяется желанием Пациента и организационно­-техническими возможностями Клиники.

1.3. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия физического лица на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником Клиники в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

1.4. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Клиникой, содержатся в действующем на момент заключения настоящего Договора Прейскуранте. Изменения стоимости оказываемых услуг своевременно доводятся до Пациента.

1.5. Сроки оказания медицинских услуг зависят от состояния здоровья Пациента, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг, графика визитов Пациента, расписания работы врача и указывается медицинской карте.

1.6. Исполнитель осуществляет деятельность на основании лицензии, выданной департаментом здравоохранения Новгородской области (Великий Новгород, пл. Победы - Софийская д.1, тел. (8162) 738-945): **№ ЛО-53-01-001127 от 17.02.2017 года** при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: кардиологии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, функциональной диагностике.

1. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
2. ***Клиника обязуется:***
3. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг порядкам, стандартам и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации с качеством, соответствующим Договору.
4. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.
5. Предупредить Пациента в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре, и в случае предоставления дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента (при внезапных ситуациях) оказывать дополнительные услуги без взимания платы.
6. Обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств, расходных материалов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования.
7. Своевременно и качественно оказывать Пациенту медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, предоставлять Пациенту достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, разъяснения и рекомендации о необходимости и способах лечения.
8. Обеспечить Пациента в установленном порядке информацией, в том числе в сети «Интернет», включающей в себя сведения о перечне платных медицинских услуг и их стоимости, порядке их оплаты, месте, порядке и условиях оказания услуг, сведениями о медицинских работниках (их квалификации, уровне образования), режиме работы (графике работы) медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.
9. Вести медицинскую документацию в установленном порядке и обеспечить Пациенту непосредственное ознакомление по его требованию с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья (включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях и т. п.) и выдать копии этих медицинских документов.

***2.2. Клиника имеет право:***

1. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
2. Требовать от Пациента предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.
3. Изменять по медицинским показаниям и экономическим причинам предварительный план, вид, объем, сроки и стоимость платных медицинских услуг.
4. Направлять Пациента с его согласия в другие медицинские организации или привлекать для консультаций и лечения специалистов из них для проведения дополнительных медицинских услуг по диагностике и лечению, которые осуществляются за отдельную плату.
5. Направить Пациента (с его согласия) к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема, или перенести визит и увеличить сроки оказания услуг.
6. Требовать от Пациента бережного отношения к имуществу Клиники и соблюдения им Правил внутреннего распорядка Клиники.
7. Отказать в оказании платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний у Пациента.
8. Отказать Пациенту в оказании медицинской помощи в случае нарушения им условий п. 2.3 настоящего Договора.
9. Отказать в оказании платных медицинских услуг Пациенту, находящемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.
10. Отсрочить или отменить оказание услуги (в том числе в день назначения) и изменить сроки оказания услуг в случае обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний как по отдельным показателям, так и по общему состоянию здоровья.

***2.3. Пациент обязуется:***

1. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные Клиникой медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.
2. 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.
3. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: выполнять рекомендации и назначения лечащего врача, неукоснительно соблюдать установленные назначения, рекомендации, режим лечения сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья, соблюдать график визитов для диагностики, лечения и плановых осмотров.
4. Явиться в клинику за 10 минут до назначенного времени приема к врачу и предупреждать за 24 часа об отмене визита.
5. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Пациента, с проведенными Исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя, и, в случае необходимости, прибыть на консультацию и лечение к Исполнителю незамедлительно в разумные сроки.
6. При отказе от продолжения лечения Пациент (представитель) обязан письменно уведомить об этом Исполнителя и расторгнуть Договор, предварительно оплатив оказанные услуги и все фактически понесенные Исполнителем затраты по Договору и подписав отказ от продолжения лечения.
7. После завершения каждого этапа оказания услуг подписать Акт выполненных услуг.
8. Выполнять Правила внутреннего распорядка, режим Клиники, требования и предписания медицинского персонала Клиники как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.
9. Выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима Клиники.
10. Бережно относиться к имуществу Клиники. В случае причинения ущерба Клинике вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Пациента и/или лиц, его сопровождающих, Пациент обязуется в течение трех календарных дней возместить Клинике действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

2.4. Пациент имеет право:

1. На выбор врача-специалиста.
2. На профилактику, диагностику, лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.
3. На получение консультаций врачей-специалистов.
4. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.
5. По письменному требованию Пациента ему предоставляется выписка из медицинской документации, описание и копии результатов обследований, имеющихся в медицинской документации. Оригиналы медицинских документов Исполнителя Пациенту не выдаются.
6. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.
7. На отказ от медицинского вмешательства.
8. На возмещение вреда, причиненного здоровью Пациента при оказании ему медицинской помощи, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.
9. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.
10. Расторгнуть Договор посредством предоставления письменного отказа от лечения при условии полной оплаты выполненных по Договору платных медицинских услуг и всех понесенных Исполнителем затрат по договору.
11. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ
12. Перечень и количество предоставляемых медицинских услуг определяются в Приложении № 1 к настоящему Договору. Стоимость медицинских услуг определяется согласно прайсу Исполнителя на день оказания услуг.
13. При заключении договора «Заказчик», по желанию, может заранее оплатить услуги в полном объеме или внести аванс. «Заказчик» обязан оплатить услуги после каждого приема врача в размере полной стоимости фактически оказанных в данное посещение услуг по расценкам действующего на момент оказания услуг прейскуранта.
14. Потребитель производит оплату медицинских услуг одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет, с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт после фактического оказания услуг.
15. Услуги могут быть оплачены третьей стороной (Заказчиком).
16. Если медицинские услуги, оказываются в рамках страховой программы, «Пациент» обязан предоставить при посещении клиники Исполнителя страховой полис и документ, удостоверяющий личность. В этом случае Исполнитель информирует «Пациента» об ограничениях на объем медицинских услуг, которые он может получать в рамках страховой программы. Все услуги, выходящие за пределы страховых программ, оплачиваются «Пациентом» на общих основаниях за счет собственных средств.
17. При несвоевременной оплате оказанных медицинских услуг устанавливается пеня в размере 0,1% от суммы недоплаченной учреждению за каждый день просрочки.
18. Пациент вправе отказаться от дальнейших лечебных мероприятий при условии полной оплаты фактически оказанных ему Исполнителем услуг.
19. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ
20. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до фактического выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору.
21. Настоящий Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения и подписанному Клиникой и Пациентом.
22. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору.
23. В случае полного отказа Пациента от получения медицинских услуг после заключения Договора и оплаты услуг Договор расторгается. При этом, если медицинские услуги не оказывались Пациенту, денежные средства возвращаются последнему в полном объеме. В случае частичного отказа от оказания услуг Пациенту подлежат возврату денежные средства пропорционально объему оказанных услуг.

V. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.
2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению в соответствии с законодательством Российской Федерации.
3. Клиника освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Пациента, а также в случае, если Пациент не проинформировал Клиника о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.
4. Нарушение Пациентом правил поведения в клинике Исполнителя, повторное опоздание Пациента более чем на 15 минут или неявка на прием без уважительной причины и уведомления Исполнителя не позднее чем за 24 часа, невыполнение рекомендаций и назначений врача, появление в клинике Исполнителя в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также нарушения Потребителем обязательств, предусмотренных настоящим Договором, являются основанием для расторжения договора по инициативе Потребителя, если данные действия Потребителя могут стать причиной наступления факторов, препятствующих оказанию безопасной и качественной медицинской помощи и снизить качество ранее оказанных по Договору медицинских услуг.
5. Стороны полностью освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).
6. Претензионный порядок рассмотрения споров обязателен. При не достижении согласия сторон в досудебном порядке, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ в суде по месту нахождения Исполнителя.

VI. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

1. Клиника обязуется охранять информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).
2. С согласия Пациента допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента.
3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента допускается в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

VII. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

1. Стороны договариваются, что при подписании Договора Клиника вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического копирования (факсимиле), являющегося аналогом собственноручной подписи и имеющего юридическую силу.
2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон. Если договор заключается Заказчиком в пользу Пациента – Договор заключается в трех экземплярах, один из которых передается Исполнителю, второй – у Заказчику, третий – у Потребителю. Все приложения являются неотъемлемой частью Договора.
3. Пациент признает правомерность и юридическую силу факсимильной подписи главного врача Исполнителя, печати на настоящем Договоре, а также на документах, связанных с исполнением данного договора.

В момент подписания настоящего Договора Пациент ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность, Прейскурантом Клиники, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования

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

подпись расшифровка подписи

Приложения:

1. Приложение № 1 - Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Договором, и сроки их оказания, стоимость (хранится в медицинской карте Пациента).
2. Приложение № 2 - Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных (хранится вместе с настоящим Договором).

ПРИМЕЧАНИЯ:

1. При лечении пациента, не достигшего 14 лет - вносятся паспортные данные и подпись его законного представителя.

2. При лечении несовершеннолетнего пациента от 14 до 18 лет - вносятся его паспортное данные и подпись, при этом должно быть письменное согласие кого-либо из его законных представителей.

КЛИНИКА ПАЦИЕНТ

|  |  |
| --- | --- |
| Общество с ограниченной ответственностью «Новый Стандарт 32»,  адрес: Великий Новгород, пр. А.Корсунова, д. 28А  Телефон (8162) 70-32-32  ОГРН 1095321005163  ИНН/КПП 5321136066/532101001  Свидетельство о государственной регистрации серии 53 № 001110689,  выдано 09 октября 2009 года МИ ФНС России № 9 по Новгородской области    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /С.В. Ишейский/  МП | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО)  адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (кем, когда)    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

|  |
| --- |
| Заказчик: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО или наименование)  адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (кем, когда) |
| для юр.лица:  адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИНН/КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

Приложение № 1 к Договору

на оказание платных медицинских услуг

№ \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_ года

ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ В СООТВЕТСТВИИ С ДОГОВОРОМ

И СРОКИ ИХ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ

ООО «Новый Стандарт 32» предоставляет медицинские услуги Пациенту в составе:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Дата | Наименование услуги, стоимость, руб. | Срок оказания услуги | Подпись Пациента о факте получения услуги |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Приложение № 2 к Договору

на оказание платных медицинских услуг

№ \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_ года

СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Ф.И.О. субъекта персональных данных:

Адрес регистрации:

Документ, удостоверяющий личность:

Серия, номер и дата выдачи:

Орган, выдавший документ:

Даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Новый Стандарт 32» (далее - Оператор), юридический адрес: Российская Федерация, Новгородская область, Великий Новгород, пр. А.Корсунова, д. 28А, на обработку персональных данных для осуществления медико-профилактических целей, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающихся медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну по следующему перечню персональных данных: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета, номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу.

Предоставляю Оператору право осуществлять ведение персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности.

В случае, если Оператор поручит обработку персональных данных другому лицу, ответственность перед субъектом персональных данных за действия указанного лица несет Оператор. Лицо, осуществляющее обработку персональных данных по поручению Оператора, несет ответственность перед Оператором.

Даю согласие субъекта персональных данных на обработку моих персональных данных в течение срока хранения медицинской карты амбулаторного больного (форма медицинской документации № 025/у) - двадцать пять лет.

Оставляю за собой право отозвать согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое будет вручено лично под расписку представителю Оператора или направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

/

« » 20 г.

Субъект персональных данных