**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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.**

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

Приложение № 1

 ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Москва

Государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы «Стоматологическая поликлиника № 64 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГАУЗ «СП № 64 ДЗМ»), расположенное по адресу 117628, г. Москва, бульвар Дмитрия Донского, д. 9, к. 2 (лицензия № Л041-01137-77/00368539 от 20.09.2018 года –31.12.2099 , выданная Департаментом здравоохранения Москвы, находящимся по адресу г. Москва, Оружейный переулок, д.43, тел. 8(495)777-77-77, именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, действующего на основании **Доверенности № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.**, с одной стороны, и гражданин (-ка), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый (-ая) в дальнейшем **Потребитель**, с другой стороны, вместе именуемые Стороны и каждый в отдельности Сторона, заключили настоящий договор (далее - Договор) о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. На условиях настоящего Договора Исполнитель обязуется оказывать Потребителю на возмездной основе медицинскую помощь (медицинские услуги), отвечающую требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

1.2. Объем оказываемых по настоящему Договору услуг определяется общим состоянием здоровья Потребителя, индивидуальными особенностями организма Потребителя, медицинскими показаниями (противопоказаниями) по лечению выявленных заболеваний (патологий), желанием Потребителя и организационно-техническими возможностями Исполнителя.

1.3. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, содержатся в действующем на момент заключения настоящего Договора Прейскуранте цен на оказание платных медицинских услуг (далее - Прейскурант). Изменение стоимости оказываемых услуг своевременно доводится до сведения Потребителя.

Перечень и стоимость лекарственных средств, медикаментов, изделий и материалов медицинского назначения, не входящих в стоимость услуги по Прейскуранту, отражаются в соответствующей медицинской и финансовой документации по факту их использования при оказании медицинской помощи Потребителю в соответствии с диагнозом и индивидуальными медицинскими показаниями (противопоказаниями).

На момент подписания настоящего Договора Потребитель ознакомлен с действующим Прейскурантом Исполнителя, понимает содержащуюся в нем информацию и согласен с ценами на медицинские услуги.

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

1.4. На момент подписания настоящего Договора Потребитель информирован о порядке предоставления и перечне услуг оказания бесплатной медицинской помощи по программе обязательного медицинского страхования в рамках  Программы   государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и в рамках территориальной (г. Москва) программы обязательного медицинского страхования в Учреждении. Подписывая настоящий Договор, Потребитель дает свое добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг, предусмотренных Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Потребитель уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

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

**2. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

2.1. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на осуществление медицинской деятельности, порядками, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств – по соглашению сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством.

2.2. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

2.3. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

2.4. Потребитель незамедлительно ставит в известность медицинский персонал Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а так же других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

2.5. Исполнителем после исполнения Договора выдаются Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после оказания платных медицинских услуг.

2.6. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (Приложение № 1 к настоящему Договору), являющегося неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.7. Потребитель дает Исполнителю письменное согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального Закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем своих обязательств по настоящему Договору.

2.8. Услуги по настоящему договору оказываются в сроки, определяемые медицинским работником с учетом сложности медицинского вмешательства.

2.9.Гарантийный срок услуг по стоматологии терапевтической и хирургической составляет 12 месяцев с момента окончания первичного оказания услуг по настоящему Договору. Гарантийный срок по стоматологии ортопедической составляет - съемный протез - 12 месяцев, несъемный протез - 12 месяцев, прочих ортопедических услуг - 12 месяцев. Гарантийный срок действует при выполнении потребителем условий, прописанных в положении о гарантийном обслуживании, размещенном на сайте Исполнителя, с которым Птребитель ознакомлен до подписания настоящего Договора.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.**

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Своевременно и качественно оказывать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, предоставлять разъяснения и рекомендации о необходимости и способах лечения.

3.1.2. В своей деятельности по оказанию платных медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

3.1.3. Обеспечить Потребителя в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте и условиях оказания платных медицинских услуг, режиме работы Исполнителя и Правилах внутреннего трудового распорядка, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

3.1.4. Обеспечить Потребителю непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Потребителя или его уполномоченного представителя копии этих медицинских документов.

3.1.5. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов.

3.1.6. При предоставлении платных медицинских услуг, обеспечить соблюдение порядка оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Отказать Потребителю в оказании медицинской помощи, в случае нарушения им условий п.3.3. настоящего Договора.

3.2.2. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг, в случае, если существует угроза жизни или здоровью Потребителя.

3.3. Потребитель обязуется:

3.3.1. Своевременно оплачивать счета Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.3.2. До оказания медицинской помощи информировать медицинский персонал о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.3.3. Выполнять Правила внутреннего распорядка, требования и предписания медицинского персонала Исполнителя, как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.

3.3.4. Регулярно выполнять личные санитарно-гигиенические  процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя.

3.3.5. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю, вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Потребителя и/или лиц его посещающих, Потребитель обязуется в течение 3 (трех) календарных дней возместить Исполнителю действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

3.4. Исполнитель имеет право:

3.4.1. На выбор лечащего врача с учетом согласия врача.

3.4.2. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Потребителя не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Потребителя решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач. Отказ Потребителя от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Потребителем или его представителем.

**4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.**

4.1. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется на основании действующего Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг, утвержденного Исполнителем и согласованного с Потребителем в соответствии с п.1.3. настоящего Договора.

4.2. Стоимость оказания платных медицинских услуг в течение срока действия Договора может меняться Исполнителем в одностороннем порядке.

4.3. Стороны согласны, что оплата конкретной медицинской услуги производится непосредственно в день оказания такой услуги, на основании Прейскуранта Исполнителя.

4.4. Оплата по настоящему Договору осуществляется Потребителем единовременно, путем внесения денежных средств через кассовый аппарат Исполнителя в размере 100% стоимости медицинских услуг до начала оказания медицинских услуг.

4.5. Исполнитель разъясняет, а Потребитель понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Потребителем в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

4.6. По требованию Потребителя на предоставление платных медицинских услуг может быть составлена Спецификация, в случае ее составления, становится неотъемлемой частью настоящего Договора. В случае, если в течение всего действия договора возникла необходимость оказания дополнительных услуг, составляется дополнительная спецификация к договору, которая также является его неотъемлемой частью.

**5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ.**

5.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии здоровья, его диагнозе, иные сведения, полученные Исполнителем при обследовании Потребителя и его лечении, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. С согласия Потребителя или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, третьим лицам в интересах обследования и лечения Потребителя.

5.3. Представление сведений, составляющих врачебную тайну, без разрешения Потребителя или его законного представителя, допускается в целях обследования и лечения Потребителя, недееспособного из-за своего состояния здоровья выразить волю, и в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.4. Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора.

Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация:

 - о форме и содержании Договора;

 - о ценах на медицинские услуги по настоящему Договору;

 - о заболеваниях Потребителя.

**6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.**

6.1. Стороны несут ответственность за ненадлежащее исполнение или неисполнение условий настоящего Договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.2. Исполнитель несет ответственность за оказанные Потребителю медицинские услуги, включая сохранение врачебной тайны о факте его обращения за медицинской помощью, о состоянии его здоровья и другие сведения в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

6.3. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.4. Исполнитель не несёт ответственности за качество расходного медицинского материала, приобретённого Потребителем самостоятельно и использованного при его лечении.

6.5. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

6.6. Потребитель несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.7. Потребитель несет ответственность за нарушение условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.8. В случаях, предусмотренных п. 6.6. – 6.7. настоящего Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий (за исключением проведения лечения по жизненным показаниям / экстренной помощи).

6.9. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае не достижения согласия, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.10. Исполнитель освобождается от ответственности в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, а так же в случае, если Потребитель не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

6.11. В случае нарушения Потребителем своих обязанностей, Исполнитель вправе отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке.

**7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.**

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и действует до полного и надлежащего исполнения Сторонами всех его условий.

7.2. Настоящий Договор может быть изменен, либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде дополнительного соглашения к настоящему Договору и подписанному Исполнителем и Потребителем, с обязательным предварительным уведомлением друг друга не позднее, чем за 10 (десять) календарных дней.

7.3.Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке: в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору;

при наступлении обстоятельств, перечисленных в п. 6.6. 7.4. В случае досрочного расторжения Договора по инициативе Потребителя, Потребитель оплачивает Исполнителю фактически оказанные медицинские услуги, а также возмещает фактически понесенные Исполнителем убытки в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.5. Настоящий договор может быть также прекращен или изменен по основаниям, предусмотренным гражданским законодательством.

**8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.**

8.1. Настоящий Договор составлен в 2-х экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

8.2. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

 Приложение № 1 - Информированное согласие на оказание платных медицинских услуг

 Приложение № 2 - Согласие на использование персональных данных

 Приложение № 3 - Спецификация.

 **До заключения настоящего договора Потребитель 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 потребителя**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** (ГАУЗ «СП 64 ДЗМ»), ИНН 7727268645, КПП 772701001,Юридический адрес: 117628, г.Москва, бульвар Дмитрия Донского, д.9, к.2.Департамент финансов , г.Москва (ГАУЗ «СП № 64 ДЗМ» л/с 2805452000930887)р/с 03224643450000007300 ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО//УФК ПО Г.МОСКВЕ, БИК 004525988.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (подпись)  | **Заказчик:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспортные данные: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(**подпись) |

Приложение № 2

**к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Информированное добровольное согласие Потребителя**
**на предоставление медицинских услуг на платной основе**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** являющийся Потребителем, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, желаю получить платные медицинские услуги Государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы «Стоматологическая поликлиника № 64 Департамента здравоохранения города Москвы» (далее - Исполнитель) за плату, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от работников Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг на территории Исполнителя, в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов их оплатить в полном объеме.

2. Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.

3. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.

4. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и нескольких видов услуг.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы медицинского персонала Исполнителя.

6. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и в соответствии с ним согласен оплатить стоимость оказанных медицинских услуг.

7. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое согласие на их оплату.

8. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные мною разъяснения мне понятны.

Настоящее информированное соглашение подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к Договору об оказании платных медицинских услуг.

**Потребитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Паспортные данные: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Приложение № 3

**к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы «Стоматологическая поликлиника № 64 Департамента здравоохранения города Москвы», ИНН 7727268645, ОГРН 1047727017040, адрес 117628, г.Москва, бульвар Дмитрия Донского, д.9, к.2.

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ И ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ**

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

**Дата рождения:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р., **зарегистрированный (-ая) по** адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**фактически проживающий(ая) по** адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СНИЛС: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (заполняется при наличии у субъекта персональных данных сведений о СНИЛС)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ и Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на обработку Государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы «Стоматологическая поликлиника № 64 Департамента здравоохранения города Москвы», расположенного(ой) по адресу(**ам**): 117628, г. Москва, бульвар Дмитрия Донского, д.9, к.2. (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка при .условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах моего обследования и лечения.

 Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС (договорам ДМС).

 Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями с использованием 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 прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

**Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:**

**Работодатель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Супруг(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Мать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отец \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Сын \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дочь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Иные лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания 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 вручен лично под расписку представителю Оператора.

**Подпись пациента/законного представителя пациента:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **г.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Заполняется, если пациент не может самостоятельно прочесть информированное согласие, но может его подписать.****Информированное согласие прочитано пациенту вслух\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_** **(Ф.И.О. врача, должность)**Информированное согласие разъяснено и понятно, доведено до пациента в доступной для понимания форме.**Заполнено в моем присутствии:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Подпись ФИО, должность****удостоверяет присутствующий при беседе (свидетель) врач****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Подпись ФИО, должность** | **Заполняется если пациент по тяжести состояния не может подписаться из-за когнитивного снижения****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****(указать в чем состоит тяжесть)****не может прочесть и подписать данное согласие.** |

**Решение о общем плане обследования и лечения принимается коллегиально (консилиумом) - пункты 9.10 статьи 20 ФЗ-323 от 21 ноября 2011 г.**

**Врач**

**(наименование организации, подразделения, должность)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Подпись ФИО**

**Врач**

**(наименование организации, подразделения, должность)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **ФИО**