**ДОГОВОР**

**ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.**

г. Санкт-Петербург

Санкт-Петербургское Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника № 11» (Лицензия на право осуществления медицинской деятельности № ЛО-78-01-008763, выдана 17 апреля 2018 г. Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, расположенного по адресу г. Санкт-Петербург, Малая Садовая ул., д.1, тел: 812-635-55-63; Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 78 № 008553437, выдано 6 апреля 2012 г. Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 15 по Санкт-Петербургу), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице главного врача Махановой Натальи Юрьевны, действующей на основании Устава с одной стороны и

* **гражданин** (ка) РФ (несовершеннолетний)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрирован по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

именуемый в дальнейшем **«Заказчик»** (с согласия законного представителя на заключение Договора несовершеннолетним ребенком – приложение 6) и **«Потребитель»;**

* **законный представитель** несовершеннолетнего пациента (родитель, усыновитель, опекун, попечитель, прочее) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

д

* **заинтересованное лицо** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(физическое –паспортные данные, юридическое – действующее на основании устава)

паспорт\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрирован по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем **«Заказчик»**

с другой стороны, они же **«Стороны»,** заключилинастоящий Договор в интересах пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О., дата рождения)

зарегистрирован по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

именуемого в дальнейшем **«Потребитель»** о нижеследующем:

1. **Предмет договора**
   1. Заказчик поручает за плату, а Исполнитель обязуется оказать медицинскую(-ие) услугу(ги) Потребителю:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код услуги | Наименование услуги | Сроки исполнения  (с\_\_\_по\_\_\_) | Цена | Кол-во | Сумма |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО | | | | |  |

Непосредственный Исполнитель услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ чека \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_ г.

* 1. Заказчик обязуется своевременно оплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг согласно действующего Прейскуранта, а также выполнять требования, предъявляемые Исполнителем, направленные на обеспечение качественного предоставления медицинских услуг, включая сообщение необходимой для оказания медицинских услуг информации.
  2. Адрес места нахождения медицинской организации:
* г. Санкт-Петербург, пр. Пархоменко, 30;
* г. Санкт-Петербург, пр. Большой Сампсониевский, 62 а

**2. Стоимость и порядок оплаты**

2.1. Общая стоимость медицинских услуг согласно Прейскуранту составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

2.2.Стоимость услуг определяется исходя из согласованного с Заказчиком плана.

2.3.При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных Договором, они выполняются с письменного согласия Заказчика с оплатой по утвержденному Прейскуранту с оформлением Дополнительного соглашения к договору.

2.4. Расчеты за выполнение услуг производится с Исполнителем согласно действующего Прейскуранта на платные услуги через контрольно-кассовую машину или по безналичному расчету по оформленному счету.

2.5. С согласия Сторон услуги могут быть оплачены:

* при заключении Договора;
* после фактического оказания услуг

**3. Права и обязанности сторон**

3.1. Исполнитель обязан:

- предоставить Заказчику (Потребителю) бесплатную, достоверную, доступную информацию о предоставляемой услуге, в том числе сведения об имеющемся у Исполнителя разрешении, лицензии, о месте оказания медицинских услуг, режиме работы, перечне оказываемых платных медицинских услуг с указанием их стоимости и праве на бесплатную медицинскую помощь, об условиях предоставления и получения этих услуг, сведения о квалификации и сертификации специалистов;

- оказать Потребителю квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленные Договором сроки;

- при оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению российским законодательством;

- обеспечить Заказчику (Потребителю) непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по его письменному требованию или письменному требованию его законного представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя;

- в случае непредвиденного отсутствия специалиста Исполнителя в день, назначенный для оказания медицинской услуги, назначить другого квалифицированного специалиста по согласованию с Заказчиком (Потребителем) для проведения медицинской услуги либо перенести ее выполнение на другое время, предварительно предупредив Заказчика (Потребителя);

- обеспечивать режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной Договором;

3.2.2. в необходимых случаях привлекать для оказания Потребителю медицинских услуг третьих лиц, обладающих необходимыми разрешениями на оказание соответствующих медицинских услуг, а также обладающих необходимыми знаниями и квалификацией.

3.3.Заказчик обязан:

- оплатить стоимость предоставляемой медицинской услуги в соответствии с условиями Договора;

- выполнять предписания лечащего врача, соблюдать план лечения, составленный лечащим врачом, выполнять требования медицинских сестер и другого медицинского персонала при выполнении ими различных процедур или указаний лечащего врача, а также требования правил поведения в медицинском учреждении, утвержденных его руководителем;

- заблаговременно информировать Исполнителя о состоянии здоровья Потребителя, о необходимости отмены или об изменении назначенного ему времени получения соответствующей медицинской услуги;

- информировать лечащего врача о возникших осложнениях, связанных со состоянием здоровья Потребителя;

- оформить согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика (Потребителя), в объеме и способами установленными действующим законодательством (отказ от подписания согласия не может послужить основанием для отказа в заключении Договора).

3.4. Заказчик (Потребитель) имеет право:

- на предоставление достоверной, доступной информации о платной медицинской услуге;

- на сохранение в тайне информации о факте обращения за получением медицинских услуг, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании и лечении Потребителя;

- на отказ в одностороннем порядке от получения медицинской услуги или ее завершения, оплатив при этом фактически понесенные медицинским учреждением расходы, в случае, если этот отказ не связан с нарушением прав пациента при оказании медицинской услуги;

- на возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании ему медицинских услуг;

- потребовать предоставление копий медицинских документов, отражающих состояние здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

**4. Условия и сроки предоставления платных услуг**

4.1 Сроки оказания услуг определяют исходя из конкретной клинической ситуации Потребителя в каждом случае индивидуально. Начало срока оказания услуг определяется с момента указанного времени приема и продолжительность определяется врачом в каждом случае персонально.

4.2. При несоблюдении Заказчиком (Потребителем) обязательств по срокам исполнения услуги (неявка пациента в установленное время) «Исполнитель» вправе по своему выбору назначить новый срок оказания услуги.

**5. Ответственность сторон**

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. В случае несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуги или ненадлежащего оказания услуги Заказчик вправе по своему выбору:

5.1.1. назначить новый срок оказания услуги;

5.1.2. потребовать уменьшения стоимости предоставления услуги;

5.1.3. потребовать исполнения услуги другим специалистом;

5.1.4. расторгнуть Договор и потребовать возмещения убытков в установленном порядке.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по Договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения пациентом своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

5.3. Заказчик возмещает Исполнителю понесенные убытки, если последний не смог оказать услугу или был вынужден прекратить ее оказание по вине Пациента.

5.4. Заказчик несет ответственность за достоверность информации о здоровье Потребителя, представляемой Исполнителю.

5.5. Стороны несут ответственность за принятые обязательства в соответствии с действующим законодательством

**6. Разрешение споров**

6.1. Споры и разногласия, возникшие между Исполнителем и Заказчиком при исполнении настоящего Договора, разрешаются Сторонами путем переговоров с участием ответственных лиц за оказание услуг.

6.2. Стороны вправе обратиться за судебной защитой в установленном законом порядке.

**7. Порядок изменения и расторжения договора**

7.1. Договор может быть изменен и дополнен в любой момент по соглашению Сторон.

7.2. Договор может быть расторгнут в любой момент по письменному соглашению сторон по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

7.3. Заказчик имеет право расторгнуть Договор в одностороннем порядке, оплатив при этом Исполнителю фактически понесенные им расходы.

**8. Заключительные положения**

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до окончания срока оказания услуг.

8.2. Договор составлен в двух (трех) экземплярах, имеющих одинаковую силу.

8.3. Заказчик с действующим Прейскурантом на оказание платных медицинских услуг ознакомлен. Согласен.

8.4. Заказчик проинформирован о возможности получения «Потребителем» указанных в пункте 1 Договора услуг в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи бесплатно. Заказчик подтверждает свое добровольное согласие на оказание Потребителю платных медицинских услуг.

Заказчик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО /подпись/

8.5. Приложение к Договору: Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией (приложение 1); Информированное добровольное согласие Пациента (законного представителя) на предоставление медицинских услуг на платной основе (приложение 2); Уведомление к договору на предоставление платных медицинских услуг (приложение 3); Акт приема-сдачи выполненных работ (услуг) к договору оказания платных медицинских услуг (приложение 4); Дополнительное соглашение № 1 к договору оказания платных медицинских услуг (приложение 5); Согласие законного представителя на заключение договора несовершеннолетним ребенком (приложение 6); Согласие законного представителя на обработку персональных данных несовершеннолетнего(приложение 7).

**9. Реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  ИНН 7802056427/ КПП 780201001,  194021 г. Санкт-Петербург,пр. Пархоменко, 30  ОГРН 1037804024565  Свидетельство о рег. выдано  ИМНС России по Выборгскому району  Санкт-Петербурга  Комитет Финансов СПб  (СПб ГБУЗ ДГП № 11 л/с 0501012)  счет 40601810200003000000  в Северо-Западном ГУ Банка России  БИК 044030001  **Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Н.Ю.Маханова** | **Заказчик:**  Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  **Потребитель:**  Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

**Приложение № 1**

**к Договору оказания**

**платных медицинских услуг**

**Перечень работ (услуг),**

**составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией**

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Санкт-Петербургского Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Детская городская поликлиника № 11» в соответствии с лицензией № ЛО-78-01-008763, выданной 17 апреля 2018г.:

* **услуги, оказываемые по адресу г. Санкт-Петербург, пр. Пархоменко, 30:**

при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинскому массажу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике; при осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: детской кардиологии, детской эндокринологии, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, общественному здоровью и организации здравоохранения, оториноларингологии, офтальмологии, педиатрии, рентгенологии, травматологии и ортопедии, физиотерапии, функциональной диагностике, ультразвуковой диагностике, экспертизе временной нетрудоспособности, при осуществлении специализированной медицинской помощи по: детской кардиологии, детской хирургии, детской эндокринологии, детской урологии-андрологии, инфекционным болезням, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, общественному здоровью и организации здравоохранения, оториноларингологии, офтальмологии, рентгенологии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике, экспертизе временной нетрудоспособности. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи по: вакцинации (проведению профилактических прививок), эпидемиологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам профилактическим.

* **услуги, оказываемые по адресу г. Санкт-Петербург, пр. Большой Сампсониевский, 62-а:**

при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: медицинскому массажу, сестринскому делу в педиатрии; при осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: неврологии, педиатрии, травматологии и ортопедии, экспертизе временной нетрудоспособности; при осуществлении специализированной медицинской помощи по: неврологии, педиатрии, травматологии и ортопедии, экспертизе временной нетрудоспособности. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи по: вакцинации (проведению профилактических прививок); эпидемиологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз по: медицинским осмотрам профилактическим.

Приложение является неотъемлемой частью Договора, составлено на одном листе и подписано в двух (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру у «Заказчика» («Потребителя») и «Исполнителя».

Исполнитель: Заказчик:

Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Маханова Н. Ю. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**Приложение № 1**

**к Договору оказания**

**платных медицинских услуг**

**Перечень работ (услуг),**

**составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией**

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Санкт-Петербургского Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Детская городская поликлиника № 11» в соответствии с лицензией № ЛО-78-01-008763, выданной 17 апреля 2018г.:

* **услуги, оказываемые по адресу г. Санкт-Петербург, пр. Пархоменко, 30:**

при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинскому массажу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике; при осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: детской кардиологии, детской эндокринологии, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, общественному здоровью и организации здравоохранения, оториноларингологии, офтальмологии, педиатрии, рентгенологии, травматологии и ортопедии, физиотерапии, функциональной диагностике, ультразвуковой диагностике, экспертизе временной нетрудоспособности, при осуществлении специализированной медицинской помощи по: детской кардиологии, детской хирургии, детской эндокринологии, детской урологии-андрологии, инфекционным болезням, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, общественному здоровью и организации здравоохранения, оториноларингологии, офтальмологии, рентгенологии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике, экспертизе временной нетрудоспособности. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи по: вакцинации (проведению профилактических прививок), эпидемиологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам профилактическим.

* **услуги, оказываемые по адресу г. Санкт-Петербург, пр. Большой Сампсониевский, 62-а:**

при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: медицинскому массажу, сестринскому делу в педиатрии; при осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: неврологии, педиатрии, травматологии и ортопедии, экспертизе временной нетрудоспособности; при осуществлении специализированной медицинской помощи по: неврологии, педиатрии, травматологии и ортопедии, экспертизе временной нетрудоспособности. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи по: вакцинации (проведению профилактических прививок); эпидемиологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз по: медицинским осмотрам профилактическим.

Приложение является неотъемлемой частью Договора, составлено на одном листе и подписано в двух (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру у «Заказчика» («Потребителя») и «Исполнителя».

Исполнитель: Заказчик:

Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Маханова Н. Ю. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**Приложение № 2**

**к Договору оказания**

**платных медицинских услуг**

**Информированное добровольное согласие пациента (законного представителя)**

**на предоставление медицинских услуг на платной основе**

г. Санкт-Петербург «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г..

Настоящее добровольное информированное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального Закона Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

На основании пункта 7 статьи 30 Федерального Закона Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

я, гражданин (ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, далее «Заказчик», действующий в интересах «Потребителя» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и являясь его законным представителем, желаю добровольно заключающийнастоящий Договор на предоставление платных медицинских услуг в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Детская городская поликлиника №11» (далее СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника №11»).

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых медицинских услугах. Мне разъяснено, что аналогичные медицинские услуги можно получить в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе в рамках системы обязательного медицинского страхования (далее ОМС), Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи на территории Санкт-Петербурга, утверждаемых ежегодно в установленном порядке (далее – соответственно Программа, Территориальная программа)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Решение об отказе от получения медицинской услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в рамках ОМС, Программы и Территориальной программы принято в связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я получил(а) полную информацию о местонахождении учреждения (его гос. регистрации), режиме работы, лицензии, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, о квалификации специалистов. Даю согласие на оказание медицинских услуг на платной основе и ответственен(на) за их оплату.

Я ознакомлен(а) с действующим Прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа. Положения, которые мне разъяснены, мною поняты.

Информацию до «Заказчика» довел: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О.)

Подпись Исполнителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись Заказчика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Потребителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Приложение № 3**

**к Договору оказания**

**платных медицинских услуг**

**Уведомление к договору**

**оказания платных медицинских услуг**

г. Санкт-Петербург «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Я, гражданин (ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О., дата рождения)

Паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(когда, кем)

адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

далее «Заказчик», действующий в интересах «Потребителя» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

и являясь его законным представителем настоящим подтверждаю, что уведомлен(на) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) «Исполнителя» (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставленной платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья «Потребителя»

Данное разъяснение было данодо заключения (подписания) Договора оказания платных медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**От «Исполнителя»: От «Заказчика»:**

Главный врач

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Маханова Н. Ю. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**Приложение № 4**

**к Договору оказания**

**платных медицинских услуг**

**Акт приема-сдачи выполненных работ (услуг)**

**к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.**

**оказания платных медицинских услуг**

г. Санкт-Петербург «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Санкт-Петербургское Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника № 11» (Лицензия на право осуществления медицинской деятельности № ЛО-78-01-008763, выдана 17 апреля 2018 г. Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, расположенного по адресу г. Санкт-Петербург, Малая Садовая ул., д.1, тел: 812-635-55-63; Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 78 № 008553437, выдано 6 апреля 2012 г. Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 15 по Санкт-Петербургу), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Махановой Натальи Юрьевны, действующей на основании Устава и «Заказчик» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с другой стороны, составили настоящий Акт о том, что «Исполнителем» выполнены следующие услуги:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код услуги | Наименование услуги | Сроки исполнения | Цена | Кол-во | Сумма |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | ИТОГО | | | |  |

Всего оказано \_\_\_\_\_\_\_услуг на сумму\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вышеперечисленные услуги выполнены в полном объеме, надлежащего качества и в установленный срок. Заказчик по оказанным Исполнителем услугам претензий не имеет.

От «Исполнителя»: от «Заказчика»:

Главный врач

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Маханова Н. Ю. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**Приложение № 4**

**к Договору оказания**

**платных медицинских услуг**

**Акт приема-сдачи выполненных работ (услуг)**

**к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.**

**оказания платных медицинских услуг**

г. Санкт-Петербург «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Санкт-Петербургское Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника № 11» (Лицензия на право осуществления медицинской деятельности № ЛО-78-01-008763, выдана 17 апреля 2018 г. Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, расположенного по адресу г. Санкт-Петербург, Малая Садовая ул., д.1, тел: 812-635-55-63; Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 78 № 008553437, выдано 6 апреля 2012 г. Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 15 по Санкт-Петербургу), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Махановой Натальи Юрьевны, действующей на основании Устава и «Заказчик» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с другой стороны, составили настоящий Акт о том, что «Исполнителем» выполнены следующие услуги:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код услуги | Наименование услуги | Сроки исполнения | Цена | Кол-во | Сумма |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | ИТОГО | | | |  |

Всего оказано \_\_\_\_\_\_\_услуг на сумму\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вышеперечисленные услуги выполнены в полном объеме, надлежащего качества и в установленный срок. Заказчик по оказанным Исполнителем услугам претензий не имеет.

От «Исполнителя»: от «Заказчика»:

Главный врач

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Маханова Н. Ю. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**ние № 7**

**к Договору оказания**

**платных медицинских услуг**

**СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ**

**НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО**

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

*ФИО законного представителя*

паспорт выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(серия, номер) (когда и кем выдан) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(в случае опекунства указать реквизиты документа, на основании которого осуществляется опека или попечительство)*

являясь законным представителем несовершеннолетнего

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

*(ФИО несовершеннолетнего)*

приходящегося мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ, даю согласие на обработку своих и ребенка персональных данных в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Детская городская поликлиника №11» (далее – Оператор, ответственный за обработку персональных данных в учреждении; адрес медицинского учреждения г. Санкт-Петербург, пр. Пархоменко 30; пр. Большой Сампсониевский, 62А при оказании ему медицинских услуг.

Подтверждаю свое согласие на обработку своих и ребенка персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения, адрес места жительства, телефон, данные документа, удостоверяющего личность, данные полиса ОМС (или ДМС); договора платных услуг; страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде РФ (СНИЛС), сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведённом лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» №152-ФЗ даю согласие на обработку персональных данных Оператором, ответственным за обработку персональных данных в учреждении при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор, ответственный за обработку персональных данных в учреждении имеет право:

- при обработке персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчётных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, фондами ОМС, иными организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Даю согласие на то, что срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои и ребенка персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

Оператор, ответственный за обработку персональных данных в учреждении, вправе осуществлять действия с поименованными в Согласии персональными данными путем:

- автоматизированной обработки моих и ребенка персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах;

- обработки моих и ребенка персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Даю согласие оператору ГИС ЕИАСБУ (Комитет финансов Санкт-Петербурга, адрес: 191144, Санкт-Петербург, Новгородская ул., д.20, литер А) на обработку своих и ребенка персональных данных.

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

Не возражаю против проверки предоставленных мною данных. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. 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 несовершеннолетнего Оператор обязан прекратить их обработку.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Согласие получено «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(подпись, Ф.И.О.)

Уполномоченный представитель медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, Ф.И.О.)

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

(Ф.И.О. гражданина)

зарегистрированный по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

являясь законным представителем ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ г., даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](http://base.garant.ru/70172996/#block_1000) 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](http://base.garant.ru/70172996/) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Детская городская поликлиника №11»

медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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](http://base.garant.ru/70172996/#block_1000), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев,

предусмотренных [частью 9 статьи 20](http://base.garant.ru/12191967/4/#block_2009) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

    Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 [части 5 статьи 19](http://base.garant.ru/12191967/4/#block_1955) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

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

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

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

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Выражаю свое добровольное согласие на обработку, хранение и использование персональных данных ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

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

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

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

(дата оформления)