

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), ОГРН 1037804024565, дата регистрации 6 апреля 2012 г.; ИНН 7802056427, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице главного врача Махановой Натальи Юрьевны, действующей на основании Устава с одной стороны и **законный представитель** несовершеннолетнего пациента (родитель, усыновитель, опекун, попечитель, прочее)

паспорт № _____, выдан _____, телефон _____,
зарегистрирован по адресу _____, адрес места жительства _____, также
именуемый в дальнейшем «**Заказчик**» с другой стороны,
они же «**Стороны**», заключили настоящий Договор в интересах пациента _____
(Ф.И.О., дата рождения)
зарегистрирован по адресу _____, адрес места жительства _____,
свидетельство о рождении/паспорт _____, выдан _____,
телефон _____, именуемого в дальнейшем «**Потребитель**» о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги на условиях, определенных настоящим договором, а Заказчик обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Договором:

Код услуги	Наименование услуги	Сроки оказания услуги до «__» _____ 20__ г.	Цена	Кол-во	Сумма
Общая стоимость					

Непосредственный Исполнитель услуг _____
№ чека _____ от _____ 20__ г.

1.3. 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.

1.4. Адрес места нахождения медицинской организации:

☐ г. Санкт-Петербург, пр. Пархоменко, 30 ☐

г. Санкт-Петербург, пр. Большой Сампсониевский, 62 а

1.5. Адрес места оказания услуг:

☐ г. Санкт-Петербург, пр. Пархоменко, 30

☐ г. Санкт-Петербург, пр. Большой Сампсониевский, 62 а

☐ Прочее _____

1.6. Потребитель (Законный представитель) подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполнения стандарта медицинской помощи.

1.7. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки которых согласуются Сторонами в дополнительном Договоре.

2. Стоимость и порядок оплаты

2.1. Общая стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта и 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 договора.

2.4. Оплата Заказчиком стоимости услуг осуществляется путем внесения в кассу Исполнителя суммы денежных средств, указанных в п. 2.1. настоящего договора или перечисления на расчетный счет Исполнителя.

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

2.6. С согласия Сторон услуги могут быть оплачены:

☐ при заключении Договора;

☐ после фактического оказания услуг

2.7. Заказчик ознакомлен с Прейскурантом до подписания настоящего Договора.

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, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи как в полном объеме стандарта медицинской помощи, так и в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполнения стандарта медицинской помощи (приложение 2);
- при оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению российским законодательством;
- 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);
- уведомить потребителя о том, что граждане, получающие медицинскую помощь, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» обязаны соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации;
- обеспечить Заказчику (Потребителю) непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья;
- после исполнения Договора выдать Потребителю (законному представителю) медицинские документы (копии, выписки из медицинских документов, заключение), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг препаратах и медицинских изделиях в соответствии с действующим законодательством;
- обеспечивать режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством.

3.2. Исполнитель имеет право:

- получать от Потребителя (законного представителя) информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей по настоящему Договору;
- получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору;
- 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;
- 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 порядком, сроком и условиями Договора;
- соблюдать режим лечения, правила поведения в медицинской организации, утвержденные его руководителем;
- 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;
- заблаговременно информировать Исполнителя о перенесенных Потребителем заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
- 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 получение от Исполнителя услуг, предусмотренных настоящим договором;
- на предоставление достоверной, доступной информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, 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 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.

3.5. Потребитель и Исполнитель обладают иными правами и несут другие обязанности, предусмотренные законодательством РФ.

4. Условия и сроки предоставления платных услуг

4.1 Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя (законного представителя Потребителя) и его письменного согласия приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств заказчика (приложение к Договору №2).

4.2. Платные медицинские услуги оказываются в плановой форме в условиях ожидания оказания услуг, предусматривающих предварительную запись на прием и отсутствие очередей.

4.3. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность поликлиники: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами, другими документами в соответствии с действующим законодательством России.

4.4. Потребитель (законный представитель) предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

4.5. Потребитель (законный представитель) незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.6. Потребитель (законный представитель) дает Исполнителю письменное согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика (Потребителя) в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07 2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей выполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору (приложение к Договору №5).

4.8. Сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг не должны превышать 1 рабочего дня с момента обращения пациента к Исполнителю

4.9. 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.

4.10. 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 перед Потребителем ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.
- 5.2. Исполнитель несет перед Потребителем ответственность за несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.
- 5.3. Вред, причиненный жизни и здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 5.4. Потребитель несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством России.
- 5.5. За нарушение установленных настоящим Договором сроков оплаты медицинских услуг Исполнителя вправе требовать с Потребителя выплаты неустойки в размере 0,03% за каждый день просрочки от стоимости услуги, не оплаченной Потребителем.
- 5.7. Потребитель несет ответственность за нарушение условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 5.8. В случаях, предусмотренных пунктами 5.5., 5.7 Договора Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно – диагностических мероприятий, за исключением проведения лечения по жизненным показаниям (экстренной помощи)
- 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 исполнения услуги другим специалистом;
- 5.1.3. 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.
- 5.4. Заказчик несет ответственность за достоверность информации о здоровье Потребителя, представляемой Исполнителю.
- 5.5. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору при возникновении непреодолимых препятствий, под которыми понимаются стихийные бедствия, массовые беспорядки, запретительные действия властей и иные форс-мажорные обстоятельства.

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 соглашению Сторон по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.
- 7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.
- 7.4. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя о расторжении Договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

8. Заключительные положения

- 8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами.
- 8.2. Договор составлен в двух (трех) экземплярах, имеющих одинаковую силу (кроме случаев заключения Договора дистанционным способом).
- 8.3. Заказчик до заключения Договора с действующим Прейскурантом на оказание платных медицинских услуг ознакомлен; 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; получил информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти с указанием почтового адреса и электронной почты (приложение 2)
- 8.6. Приложения 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 о необходимости выполнения рекомендаций при получении платных медицинских услуг (приложение 3); Акт приема-сдачи выполненных работ (услуг) к Договору оказания платных медицинских услуг (приложение 4); Согласие законного представителя на обработку персональных данных несовершеннолетнего (приложение 5); Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств (приложение 6).

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: _____/_____

**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:

Главный врач _____ Маханова Н. Ю.

Заказчик:

_____ / _____ /

**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» _____,

желаю добровольно заключить настоящий 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 и согласен на предоставление платных медицинских услуг как в полном объеме стандарта медицинской помощи, так и в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполнения стандарта медицинской помощи.

Мне, до заключения Договора, разъяснена информация о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации с указанием почтового адреса и электронной почты, на которые может быть направлено обращение (жалоба).

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: _____

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, **может** снизить качество предоставленной платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья «Потребителя»

Данное разъяснение было дано до заключения (подписания) Договора оказания платных медицинских услуг № _____ от _____ 20__ г.

От «Исполнителя»:

Главный врач _____ Маханова Н. Ю.

От «Заказчика»:

_____/_____/_____

**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»:

Главный врач

_____ Маханова Н. Ю.

от «Заказчика»:

_____ / _____ /

**СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО**

Я, _____,
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 проведенном 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 отчетных 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 и 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 Соглашении персональными данными путем:

- автоматизированной обработки моих и ребенка персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах;
- обработки моих и ребенка персональных данных, защищенных 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.

_____/_____
(подпись, Ф.И.О.) Согласие получено «__» _____ г.

Уполномоченный представитель медицинской организации _____/
(подпись, Ф.И.О.)

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н¹ (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь

в Санкт-Петербургском Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Детская городская поликлиника № 11»
Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« _____ » _____ Г.
(дата оформления)