

УТВЕРЖДЕН  
Приказом от 03.06.2016 № 46/АХД

ПУБЛИЧНЫЙ ДОГОВОР-ОФЕРТА  
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ  
(ПУБЛИЧНАЯ ОФЕРТА)

г. Видное

2016 год

**1. Общие положения**

1.1. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Видновская районная клиническая больница», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Шашкова Виктора Петровича, действующего на основании Устава и лицензии от 22.07.2015 № ЛО-50-01-006819, предлагает заключить договор на оказание платных медицинских услуг, являющийся публичной офертой (далее по тексту - Оферта) в адрес физических лиц в соответствии со ст. 435 и пунктом 2 статьи 437 Гражданского Кодекса Российской Федерации.

1.2. Настоящая оферта определяет все существенные условия договора между Исполнителем и лицом, акцептовавшим Оферту.

1.3. В соответствии с п. 2 ст. 437 Гражданского Кодекса РФ в случае принятия изложенных ниже условий и оплаты услуг, физическое лицо, производящее акцепт этой оферты становится Заказчиком.

1.4. Полным и безоговорочным акцептом настоящей публичной оферты является осуществление Пациентом первой оплаты предложенных Исполнителем медицинских услуг в порядке, определенном в разделе 5 настоящего предложения (ст. 438 ГК РФ).

1.5. Акцепт оферты означает, что Пациент согласен со всеми положениями настоящего предложения, и равносителен заключению договора об оказании медицинских услуг.

1.6. Настоящая оферта действительна с **«10» июля 2016 года** на весь период действия лицензии на осуществление медицинской деятельности или до момента официального отзыва или утверждения оферты в новой редакции.

1.7. Настоящая оферта в целях ознакомления опубликована в сети Интернет по адресу: <http://www.vidnoe-bolnica.ru>, расположена на информационном стенде Исполнителя. По требованию физического лица, оферта может быть предоставлена ему в печатной форме.

1.8. Настоящая оферта может быть акцептована (принята) любым физическим лицом на территории Российской Федерации, имеющим намерение получить платные медицинские услуги, оказываемые Исполнителем.

1.9. В связи с вышеобъявленным, внимательно ознакомьтесь с текстом данной оферты и если Вы не согласны с ее условиями и правилами, или с каким-либо другим пунктом ее условий, Исполнитель предлагает Вам отказаться от заключения договора оферты и использования услуг Исполнителя.

## **2. Термины и определения**

2.1. В целях настоящей Оферты нижеприведенные термины используются в следующем значении:

2.2. «Оферта» – настоящий документ Публичная Оферта предоставления платных медицинских услуг.

2.3. «Акцепт» – полное и безвозвратное принятие Оферты методом выполнения действий, отмеченных в п. 3.3. данной Оферты. Акцепт Оферты предполагает Договор Оферты.

2.4. «Договор» – договор на оказание медицинских услуг, условия которого изложены в настоящей Оферте.

2.5. «Заказчик» – физическое лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с Договором в пользу Пациента.

2.6. «Пациент» – физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с Договором.

2.7. «Исполнитель» – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Видновская районная клиническая больница».

2.8. «Стороны» – совместно Заказчик (или Пациент) и Исполнитель.

2.9. «Договор Оферты» – договор между Исполнителем и Заказчиком на предоставление услуг, который заключается посредством Акцепта Оферты.

2.10. «Прейскурант цен на платные услуги» – утвержденный главным врачом государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Видновская районная клиническая больница»

(Исполнителем) перечень и стоимость услуг предоставляемых Заказчику, действующий на момент оказания услуг.

2.11. «Платные услуги» – услуги, предоставляемые Исполнителем на возмездной основе за счет личных средств граждан.

2.12. «Медицинские услуги» – платные услуги по доврачебной, первичной врачебной и первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и условиях стационара, оказываемые Исполнителем в рамках видов медицинской деятельности, указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности от 22.07.2015 № ЛО-50-01-006819.

2.13. «Сопутствующие услуги» – платные немедицинские услуги: бытовые, общественного питания, сервисные, транспортные иные услуги, оказываемые Исполнителем.

2.14. «Услуги» – медицинские и сопутствующие услуги, оказываемые Исполнителем.

2.15. «Сайт» - интернет-сайт: <http://www.vidnoe-bolnica.ru/>, используемый Государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Видновская районная клиническая больница» (ИНН 5003027994, ОГРН 1025000657857) на правах собственности.

2.16. «Информационный стенд» – доска для размещения информации, расположенная при входе в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Видновская районная клиническая больница».

### **3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

3.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказывать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ (далее – «услуги»), а Пациент (или Заказчик) обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

3.2. Медицинские услуги оказываются в соответствии с требованиями Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилами предоставления платных медицинских услуг, утвержденных Правительством РФ (далее - Правила), настоящим договором и приложениями к нему. Акцептом настоящего Договора Заказчик (или Пациент) подтверждают, что

он ознакомился с вышеуказанными документами, размещенными на информационном стенде, и обязуется их соблюдать.

3.3. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Заказчику (или Пациенту), устанавливаются прейскурантом Исполнителя, действующим на момент оказания услуг. По медицинским показаниям и/или с согласия Пациента ему могут быть оказаны и иные услуги, стоимость которых согласовывается Исполнителем с Заказчиком (или Пациентом).

3.4. Заказчик (или Пациент) соглашается с тем, что проводимое лечение Исполнителем не может полностью гарантировать достижение эффекта, так как при оказании медицинских услуг и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения, а также с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма.

3.5. При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются действующим законодательством, регулирующим предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями.

3.6. Приложение № 1 (Прейскурант), Приложение № 2 (Информированное добровольное согласие пациента на оказание платных медицинских услуг), Приложение № 3 (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), Приложение № 4 (Согласие на обработку персональных данных), являются неотъемлемыми частями настоящего договора.

## **4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

4.1. Исполнитель имеет право:

4.1.1. Самостоятельно определять характер и объем исследований и манипуляций, необходимых для установления диагноза, профилактики и лечения Пациента.

4.1.2. Вносить изменения в прейскурант услуг. Прейскурант является официальным документом Исполнителя, содержит полный перечень услуг, оказание которых возможно в рамках настоящего договора.

4.1.3. Не приступать к оказанию медицинских услуг или перенести срок оказания таких услуг на другое время, если Пациент не оплатил или не полностью оплатил медицинскую услугу.

4.1.4. При необходимости привлекать третьих лиц (медицинских специалистов, медицинские учреждения) для оказания услуг Пациенту.

4.1.5. Вносить изменения в план лечения и проводить дополнительное лечение, уведомив об этом Пациента и получив в необходимых случаях согласие Пациента.

4.1.6. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения медицинской услуги, Исполнитель вправе назначить другого врача с согласия Пациента.

4.1.7. Отказаться от предоставления Пациенту услуг, предусмотренных настоящим Договором в случае:

- невозможности обеспечения безопасного оказания медицинской услуги;

- отсутствия необходимых специалистов, оборудования, инструментария;

- при выявлении у Пациента заболевания, лечение которого возможно лишь в специализированных медицинских учреждениях;

- если медицинское вмешательство, по мнению врача, сопряжено с неоправданным риском причинения вреда здоровью Пациента или угрожает жизни Пациента;

- невыполнения Пациентом условий настоящего Договора.

4.1.8. В случае нарушения Пациентом предписаний, рекомендаций и назначений врача, отказаться от настоящего договора с момента обнаружения этих нарушений, если прекращение оказания медицинских услуг не угрожает жизни Пациента и здоровью окружающих. При этом стоимость фактически оказанных услуг не возвращается, а Исполнитель не несет ответственности за возможное ухудшение состояния здоровья Пациента.

4.1.9. Исполнитель не имеет права на оказание медицинской услуги в случае отказа Пациента от подписания Информированного добровольного согласия пациента на оказание платных медицинских услуг.

4.2. Исполнитель обязуется:

4.2.1. Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего Договора и с соблюдением требований действующего законодательства при условии, что Пациент даст на это Информированное добровольное согласие пациента на оказание платных медицинских услуг.

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

4.2.3. Обеспечить Пациента информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы Исполнителя, перечне услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов Исполнителя.

4.2.4. Предоставлять Пациенту полную информацию о назначениях, методах лечения, действиях применяемых препаратов, возможных последствиях, а также рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.

4.2.5. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию услуг силами собственных специалистов и/или сотрудников медицинских учреждений, имеющих с Исполнителем договорные отношения.

4.2.6. Обеспечить Пациенту непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Пациента или его представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Пациента.

4.2.7. Предоставить Пациенту для подписания Информированное добровольное согласие пациента на оказание платных медицинских услуг (Приложение № 2).

4.2.8. Обеспечить режим конфиденциальности о состоянии здоровья Пациента в соответствии с п.6 настоящего договора и законодательства о врачебной тайне.

4.3. Пациент имеет право:

4.3.1. Пациент имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

4.3.2. Пациент имеет право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Пациента решает консилиум, а в особых случаях лечащий (дежурный) врач. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Пациентом или его представителем, а также медицинским работником.

4.3.3. Самостоятельно, на основе действующего прейскуранта, определять перечень услуг, которые он желает получить в рамках

настоящего договора, с учетом рекомендаций, полученных от медицинского персонала Исполнителя.

4.3.4. По требованию Пациента настоящий договор может быть предоставлен ему в печатной форме.

4.3.5. Получить копию медицинской документации на бумажном носителе по документу, удостоверяющему личность.

4.3.6. Обратиться к руководству Исполнителя с предложениями, жалобами, в том числе в случае претензий по объему и качеству оказанных медицинских услуг.

4.3.7. Пациент вправе отказаться от исполнения настоящего договора в порядке, установленном действующим законодательством.

4.4. Пациент обязан:

4.4.1. Пациент обязуется своевременно оплачивать услуги Исполнителя в соответствии с условиями статьи 5 настоящего Договора.

4.4.2. Пациент обязуется заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения услуги.

4.4.3. Пациент обязан строго исполнять рекомендации и требования лечащего врача, а также информировать последнего об известных Пациенту аллергических реакциях на какие-либо лекарственные препараты, о перенесенных заболеваниях и возникших вследствие этого осложнениях.

4.4.4. Пациент обязуется предоставить Исполнителю свои персональные данные в соответствии с п.7.1. настоящего Договора, надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Пациентом настоящего Договора.

4.4.5. Пациенту при посещении Исполнителя запрещается: курить в помещении Исполнителя, пользоваться открытым пламенем (спичками, зажигалкой и пр.), приносить с собой легковоспламеняющиеся и горючие жидкости, приходить в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения.

## **5. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

5.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещениях Исполнителя.

5.2. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются Исполнителем и доводятся до сведения Пациента.

5.3. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием (определение времени получения услуги).

5.4. В случае опоздания Пациента более чем на 15 (пятнадцать) минут по отношению к назначенному Пациенту времени получения услуги, Исполнитель оставляет за собой право на перенос или отмену записи Пациента на прием.

5.5. Исполнитель оставляет за собой право изменять время оказания услуг по предварительному согласованию с Пациентом, а также право внеочередного приема Пациента с симптомами острого заболевания.

## **6. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

6.1. Оплата услуг по настоящему Договору производится Пациентом на условиях 100% предоплаты до оказания услуги, если иной порядок не предусмотрен дополнительным соглашением сторон.

6.2. Оплата услуг Исполнителя осуществляется Пациентом путем внесения наличных денежных средств или посредством банковской пластиковой карты через кассу Исполнителя, либо по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

6.3. Оказываемые по настоящему Договору услуги могут быть оплачены за Пациента иным физическим или юридическим лицом.

## **7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

7.1. В целях исполнения настоящего Договора публичной оферты (предложения) в соответствии с пунктом 5 статьи 6, а также статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», на период действия настоящего Договора Пациент предоставляет Исполнителю свои персональные данные (в том числе фамилия, имя, отчество, дата рождения, данные документа, удостоверяющего личность, адрес регистрации и адрес проживания, контактные данные и прочее) и дает свое согласие на обработку персоналом Исполнителя своих персональных данных, а также специальных персональных данных, касающихся состояния здоровья Пациента, в целях получения услуг, оказываемых Исполнителем. Указанное согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных Пациента, которые необходимы для достижения вышеуказанных целей, включая без ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с персональными данными в соответствии с действующим законодательством.



Обработка персональных данных осуществляется Исполнителем следующими способами: обработка персональных данных с использованием средств автоматизации, обработка персональных данных без использования средств автоматизации (неавтоматизированная обработка). При обработке персональных данных Исполнитель не ограничен в применении способов их обработки. Пациент выражает согласие, что в случае необходимости в целях исполнения настоящего Договора Исполнитель вправе предоставить персональные данные Пациента третьему лицу (в т.ч. дочерним и зависимым), их агентам и иным уполномоченным ими лицам.

7.2. Стороны принимают взаимные обязательства по сохранению в тайне любой информации, полученной от другой Стороны при исполнении условий настоящего договора.

7.3. Передача информации третьим лицам, либо иное разглашение, особенно, публичное, информации, признанной настоящим договором конфиденциальной, может производиться только после получения письменного согласия второй Стороны.

7.4. Конфиденциальной, согласно настоящему договору, считается информация:

7.4.1. информация о состоянии здоровья Пациента, диагнозе, методах лечения, а также иная информация, полученная во время его обследования и лечения (врачебная тайна);

7.4.2. об оплатах услуг, произведенных Пациентом.

7.5. С согласия Пациента или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента.

7.6. Предоставление информации, содержащейся в медицинских документах Пациента, составляющей врачебную тайну, без согласия Пациента или его представителя допускается в целях обследования и лечения Пациента, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

7.7. Результаты медицинских обследований персоналом Исполнителя по телефону Пациентам не сообщаются.

## **8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

8.1. Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая обязательства по настоящему Договору, несет ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

8.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

8.3. При возникновении задолженности Пациента за оказанные услуги Медицинского центра, последний имеет право приостановить дальнейшее оказание услуг по настоящему Договору до полной оплаты Пациентом уже оказанных Исполнителем услуг.

8.4. В случае невыполнения Пациентом два и более раз рекомендаций и требований медицинского персонала Исполнителя, последний имеет право расторгнуть настоящий Договор в одностороннем внесудебном порядке.

8.5. Сторона считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, вправе направить другой Стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в установленном законом порядке.

8.6. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания медицинских услуг в случаях несоблюдения Пациентом рекомендаций по лечению и совершения иных действий, направленных на ухудшение здоровья Пациента.

8.7. Исполнитель не несет ответственности также в случаях медицинского вмешательства третьих лиц после оказания услуг Исполнителем.

8.8. Исполнитель не несет ответственности, если до оказания медицинской услуги Пациент не исполнил обязанность по информированию врача о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях, если неэффективность оказанной медицинской услуги или причиненный вред явились следствием отсутствия у врача такой информации.

8.9. Исполнитель не несет ответственности за последствия в случае информированного отказа Пациента от лечения.

8.10. При отказе Пациента от прохождения курса лечения, при возникновении осложнений, Исполнитель не несет ответственность за дальнейшее состояние здоровья Пациента.

8.11. Исполнитель не несет ответственность за наступление от применения лекарственных средств и препаратов побочных эффектов, на возможность наступления которых изготовитель таких лекарственных средств и препаратов указывал в аннотации к ним.

8.12. Пациент обязан полностью возместить Исполнителю понесенные им убытки, если Исполнитель не смог оказать медицинские услуги или был вынужден прекратить их по вине Пациента.

8.13. В остальных случаях стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8.14. В случае причинения ущерба имуществу Исполнителя Пациент обязан возместить причиненный ущерб в полном объеме.

## **9. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ**

9.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования споров путем переговоров, все споры сторон по настоящему договору и в связи с ним, по которым стороны не могут прийти к обоюдному согласию, подлежат разрешению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

## 10. СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ

**Наименование:** Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Видновская районная клиническая больница»

**Юридический адрес:** 142700, Московская область, Ленинский муниципальный район, город Видное, ул. Заводская, 15

**Фактический адрес:** 142700, Московская область, Ленинский муниципальный район, город Видное, ул. Заводская, 15

**Телефон/факс:** 8-495-541-46-12

**E-mail:** Vidnoe-bolnica@yandex.ru

**ИНН:** 5003027994

**КПП:** 500301001

**ОГРН:** 1025000657857

**ОКПО:** 5144171

**ОКТМО:** 46628101001

### **Банковские реквизиты:**

ГУ Банк России по ЦФО

**Лицевой счет:** 20013030200

**Р/с:** 40601810945253000001

**БИК:** 044525000

**КБК (КД):** 82500000000000000130

Лицензия № ЛО-50-01-007834 от «12» июля 2016 года.

Лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Московской области,

Адрес: 143407, Московская область, г. Красногорск, бульвар Строителей, д. 1.

mz.mosreg.ru

## Информированное добровольное согласие пациента на оказание платных медицинских услуг

Главному врачу ГБУЗ МО «ВРКБ»

На основании ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 21.11.2011 № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006, я, \_\_\_\_\_, дата рождения «\_\_» \_\_\_\_\_, в рамках Публичного договора-оферты на оказание платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ МО «ВРКБ», адрес местонахождения: Московская область, Ленинский район, г. Видное, ул. Заводская, д.15, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я ознакомился(лась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи на территории Московской области», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а). Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи. Я ознакомлен(а) с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях. Получив от сотрудников ГБУЗ МО «ВРКБ» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в учреждении, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить в полном объеме.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и одновременно несколько видов медицинских услуг.

3. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат, и что при проведении операции и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

4. Я согласен(на) 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, ГБУЗ МО «ВРКБ» не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГБУЗ МО «ВРКБ». Несоблюдение указаний (рекомендаций) 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 моего здоровья.

6. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги именно в ГБУЗ МО «ВРКБ».

7. Я проинформирован(а), что платные медицинские услуги не гарантируют внеочередного получения услуги.

8. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Пациент:

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_.

Зарегистрирован(-а) по адресу: \_\_\_\_\_.

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**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)

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ГБУЗ МО «Видновская районная клиническая больница»

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, 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” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 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)

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

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г.  
\_\_\_\_\_ (дата оформления)

### Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_ г.р., в рамках Публичного договора-оферты на оказание платных медицинских услуг, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года М152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ГБУЗ МО «ВРКБ» (далее — Исполнитель) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Исполнителем мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Исполнитель вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договорам ДМС, на оказание платных медицинских услуг).

Исполнитель имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договорам ДМС, на оказание платных медицинских услуг) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара) и пять лет (для поликлиники).

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

Настоящее согласие дано мной с момента подписания данного Договора и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителю по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Телефон домашний: \_\_\_\_\_ Телефон мобильный: \_\_\_\_\_

Электронная почта: \_\_\_\_\_ Адрес: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_ г.

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /