**ДОГОВОР №**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Севастополь «\_\_\_» 20\_\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя «Севастопольский противотуберкулезный диспансер», осуществляющее медицинскую деятельность на основании Лицензии на право осуществления медицинской деятельности Л041 -01138-92/00361393 от 08.04.2021 (бессрочно), лицензирующий орган: Департамент здравоохранения города Севастополя (г. Севастополь, ул. Симферопольская, 2, тел. +7 (8692) 41-73-01). Лицензируемый вид деятельности: Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»); именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Вербицкого Андрея Владимировича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(-ка), до заключения договора в письменной форме уведомленного о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя (Приложение 1 к Договору),

(*гражданство Российской Федерации, гражданство иного государства,
лицо* без *гражданства)*

*(Ф.И.О)*

*( Паспорт (иной документ, удостоверяющий личность, серия, номер, кем и когда
выдан), адрес места жительства, контактный телефон)*действующий(-ая) в интересах несовершеннолетнего, либо недееспособного,
либо ограниченно дееспособного лица:

 ,
*(Ф.И.О. несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного,
реквизиты документа, удостоверяющего личность)*

 , именуемый в дальнейшем «Пациент

(Законный представитель)», совместно в дальнейшем именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора
	1. Пациент (Законный представитель) поручает, а Исполнитель оказывает Пациенту (Законному представителю) медицинские услуги в порядке и сроках, установленных настоящим договором. Стоимость медицинских услуг определяется на основании Прейскуранта цен Исполнителя.
	2. Перечень услуг Исполнителя, подлежащих оказанию по договору, устанавливается в Перечне платных медицинских услуг (Приложение № 3 к настоящему договору) на основании Прейскуранта Исполнителя, действующего на момент заключения Сторонами договора.
	3. По факту оказания платных медицинских услуг Сторонами подписывается Акт оказанных услуг (Приложение № 4 к настоящему договору).
	4. Пациент (Законный представитель) подтверждает, что на момент подписания настоящего договора:
		1. Ознакомлен с Правилами предоставления ГБУЗС «Севастопольский противотуберкулезный диспансер» платных медицинских услуг.
		2. Ознакомлен с действующим ГБУЗС «Севастопольский противотуберкулезный диспансер» Прейскурантом цен на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке. При этом Пациент (Законный представитель) подтверждает, что согласен с действующими ценами на медицинские услуги, отраженными в Прейскуранте цен Исполнителя, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования. / . *(подпись) (расшифровка подписи)*
		3. Уведомлен о порядке и условии выдачи Пациенту (Законному представителю) после исполнения договора исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. *(подпись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_(расшифровка подписи)*
		4. Уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента (Законного представителя).*(подпись) (расшифровка подписи)*
		5. Необходимым предварительным условием для предоставления Исполнителем платных медицинских услуг является дача информированного добровольного согласия Пациента (Законного представителя) на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником Исполнителя в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
		6. Заключая настоящий договор, Пациент (Законный представитель) подтверждает, что проинформирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. *(подпись) (расшифровка подписи)*
		7. Подписывая настоящий договор, получив в доступной форме информацию о состоянии здоровья, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, о также о результатах проведения лечения, Пациент (Законный представитель) дает свое согласие на обработку его персональных данных (Приложение № 2 к настоящему договору) и предоставление платных медицинских услуг, оговоренных в настоящем договоре, в том числе и медицинских услуг, предусмотренных в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.*(подпись) (расшифровка подписи)*
		8. Исполнитель оказывает услуги по настоящему договору в помещениях Исполнителя по адресу: г. Севастополь, Фиолентовское шоссе, д. 17.
		9. Исполнитель приступает к оказанию услуг по настоящему договору после выполнения Пациентом (Законным представителем) обязательств согласно п. 3.3 договора, и оказывает услуги по настоящему договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Исполнителя и доводятся до сведения Пациента (Законного представителя) через регистратуру учреждения.
2. Права и обязанности сторон
	1. .Исполнитель обязуется:

Осуществлять медицинскую деятельность:

а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

в) на основе клинических рекомендаций;

г) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

* + 1. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.
		2. Предупредить Пациента (Законного представителя) о том, что при предоставлении ему платных медицинских услуг может возникнуть потребность предоставления ему на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором. При оказании дополнительных медицинских услуг в рамках ранее заключенного договора оформляется дополнительное соглашение на данные услуги с указанием их стоимости. В таком случае принятие решения о проведении дополнительных платных медицинских услуг на основании дополнительного соглашения остается за Пациентом (Законным представителем), равно как и ответственность за эффективность первоначальных платных медицинских услуг, достигнутых (не достигнутых) без необходимых дополнительных услуг.
		3. Оказывать медицинские услуги без взимания платы в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, в соответствии с требованиями Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ и «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных Постановлением Правительства РФ от от 11 мая 2023 года № 736. При предоставлении платных медицинских услуг расходы, связанные с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме, возмещаются медицинским организациям в порядке и размерах, которые установлены органами государственной власти субъектов Российской Федерации в рамках территориальных программ в соответствии с [пунктом 10 части 2 статьи 81 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»](https://base.garant.ru/12191967/646cd7e8cf19279b078cdec8fcd89ce4/).
		4. Обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, питания, медицинских изделий, дезинфекционных средств, расходных материалов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования.
		5. Своевременно и качественно оказывать Пациенту медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора, предоставлять Пациенту (Законному представителю) достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, разъяснения и рекомендации о необходимости и способах лечения.
		6. Обеспечить Пациента (Законного представителя) в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о перечне платных медицинских услуг и их стоимости, порядке их оплаты, месте, порядке и условиях оказания услуг, сведениями о медицинских работниках (их квалификации, уровне образования), режиме работы (графике) медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.
		7. Вести медицинскую документацию в установленном порядке и обеспечить Пациенту (Законному представителю) непосредственное ознакомление по его требованию с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья (включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях и т.п.) и выдать копии этих документов.
	1. Исполнитель имеет право:
		1. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Пациента (Законного представителя) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
		2. Требовать от Пациента (Законного представителя) предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.
		3. Требовать от Пациента (Законного представителя) бережного отношения к имуществу Исполнителя и соблюдения им Правил внутреннего распорядка Исполнителя.
		4. Отказать в предоставлении платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний у Пациента.
		5. Отказать пациента в оказании медицинской помощи в случае нарушения им условия п. 2.3 настоящего Договора.
		6. Отказать в оказании платных медицинских услуг Пациенту, находящемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.
	2. Пациент (Законный представитель) обязуется:
		1. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные Исполнителем услуги в соответствии с условиями настоящего договора.
		2. Ознакомиться с условиями оказания услуг и порядком работы Исполнителя.
		3. Предоставить все необходимые сведения (жалобы, хронические заболевания, аллергия на препараты, перенесенные заболевания) для успешной реализации оказания медицинских услуг.
		4. Выполнять все назначения и рекомендации врача.
		5. Соблюдать правила поведения и техники безопасности, утвержденные Исполнителем.
		6. Пациент, находящийся на лечении, в соответствии с [Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»](http://ivo.garant.ru/#/document/12191967/paragraph/1/doclist/1782/showentries/0/highlight/%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5%20%D0%BE%D0%B1%20%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B8%20%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D0%B7%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%) обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.
	3. Пациент (Законный представитель) имеет право:
		1. Требовать получения информации об услугах Исполнителя в полном объеме, а также требовать их качества.
		2. Требовать от Исполнителя выполнения обязательств, взятых на себя согласно настоящему договору.
		3. Не оплачивать медицинскую помощь, если она была оказана Исполнителем в период прекращения действия лицензии на медицинскую деятельность.

2.5 **Для получения медицинских документов (их копий) или выписок из них** Пациент **(**Законный представитель) представляет запрос о предоставлении медицинских документов (их копий) и выписок из них на бумажном носителе (при личном обращении или по почте) либо запрос, сформированный в форме электронного документа, Пациент (Законный представитель), в случае если пациентом является несовершеннолетний, не достигший возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", либо гражданин, признанный в установленном законом порядке недееспособным, с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)" (далее - Единый портал государственных и муниципальных услуг), единой системы идентификации и аутентификации, федеральных государственных информационных систем в сфере здравоохранения, государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинских информационных систем медицинских организаций и иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг, который составляется в свободной форме (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 789н).

1. Порядок расчетов
	1. На момент подписания оговора стоимость медицинских услуг, оказываемых Пациенту (Законному представителю) определяется в соответствии с Прейскурантом цен Исполнителя.
	2. Оплата услуг, не оговоренных в настоящем договоре, но фактически оказанных Исполнителем по медицинским показаниям, производится по согласованию Сторон.
	3. Расчеты производятся в форме предоплаты в размере 100% стоимости медицинских услуг путем внесения наличных средств в кассу Исполнителя в российских рублях.
	4. По требованию Пациента (Законного представителя) сотрудником бухгалтерии Исполнителя предоставляется справка установленного образца об оплате медицинских услуг для предъявления в налоговые органы Российской Федерации.
2. Порядок разрешения споров и ответственность сторон
	1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору в соответствии с законодательством Российской Федерации.
	2. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть между сторонами, будут по возможности разрешаться путем переговоров между ними.
	3. Стороны могут предъявлять взаимные претензии по факту нарушений, связанных с исполнением настоящего договора, в течение всего срока действия договора.
	4. При наличии претензий и при согласии с ними, виновная сторона должна представить объяснения, исправить упущения и учесть в последующей работе требования, содержащиеся в претензии.
	5. В случае если споры и разногласия не будут решены путем переговоров, они подлежат разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
	6. Ни одна из сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение любой из своих обязанностей, если докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие действия непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непреодолимых при данных условиях обстоятельств.
	7. Сторона, для которой создалась невозможность исполнения обязательств, обязана немедленно известить другую сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращения вышеуказанных обстоятельств.
3. **Срок действия договора**
	1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами обязательств по договору.
	2. В течение действия договора он может быть изменен и дополнен по согласию сторон.
	3. Изменения и дополнения к настоящему договору будут считаться имеющими силу, если они выполнены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.
	4. Досрочное одностороннее расторжение договора допускается только при условии, что другая сторона нарушила какое-либо договорное обязательство.
4. Конфиденциальность
	1. Пациент (Законный представитель) в соответствии ФЗ №152 от 27.07.06 г. "О персональных данных", подтверждает свое согласие на обработку своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), СНИЛС в ПФ РФ, данные о состоянии своего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, 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.
	2. Пациент (Законный представитель) предоставляет право осуществлять все действия (операции), совершаемые с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Исполнитель вправе обрабатывать персональные данные Пациента (Законного представителя) посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по договорам.
	3. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.
5. Антикоррупционная оговорка
	1. При исполнении своих обязательств по договору, Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не выплачивают, не предлагают выплатить и не разрешают выплату, каких - либо денежных средств или ценностей, прямо или косвенно, любым лицам, для оказания влияния на действия или решения этих лиц с целью получить какие-либо неправомерные преимущества или иные неправомерные цели. При исполнении своих обязательств по договору, стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не осуществляют действия, квалифицируемые применимым для целей договора законодательством, как дача/получение взятки, коммерческий подкуп, а также действия, нарушающие требования применимого законодательства, законодательства РФ и международных актов о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем.
	2. В случае возникновения у стороны подозрений, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений настоящего раздела, соответствующая сторона обязуется уведомить другую сторону в письменной форме. В письменном уведомлении сторона обязана сослаться на факты или предоставить материалы, достоверно подтверждающие или дающие основание предполагать, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений настоящего раздела контрагентом, его аффилированными лицами, работниками или посредниками выражающееся в действиях, квалифицируемых действующим законодательством РФ, как дача или получение взятки, коммерческий подкуп, а также действиях, нарушающих требования действующего законодательства и международных актов о противодействии легализации доходов, полученных преступным путем. После письменного уведомления, соответствующая Сторона имеет право приостановить исполнение обязательств по договору до получения подтверждения, что нарушения не произошло или не произойдет. Это подтверждение должно быть направлено в течение 10 (Десяти) рабочих дней, с даты получения письменного уведомления. Каналы связи: sevtub@sev.gov.ru
	3. В случае нарушения одной стороной обязательств воздерживаться от запрещенных в данном разделе действий и/или неполучения другой стороной в установленный договором срок подтверждения, что нарушения не произошло или не произойдет, другая Сторона имеет право расторгнуть договор в одностороннем порядке полностью или в части, направив письменное уведомление о расторжении. Сторона, по чьей инициативе был расторгнут настоящий договор в соответствии с положениями настоящего раздела, вправе требовать возмещения реального ущерба, возникшего в результате такого расторжения в судебном порядке.
6. Дополнительные условия
	1. Ни одна из сторон не вправе передавать третьей стороне свои права и обязанности по настоящему договору без письменного согласия на то другой стороны.
	2. Если одно из положений настоящего договора становиться недействительным, то это не затрагивает действительности остальных положений настоящего Договора.
	3. Все изменения и дополнения к настоящему договору, в т.ч. касающиеся положений настоящего договора, требующих взаимного согласия сторон, будут действительны только при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями сторон.
	4. Стороны обязуются известить друг друга об изменении своего юридического статуса, а также уведомить в письменной форме об изменении адреса (юридического или фактического), платежных реквизитов, номеров телефонов, факса и т.п. в течение срока действия договора.
	5. По вопросам, не предусмотренным настоящим договором, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.
	6. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: один экземпляр находится у Пациента (Законного представителя), другой у Исполнителя.

**Приложение:**

1. Уведомление Пациента об обязанности соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

2. Согласие на обработку персональных данных

3. Перечень платных медицинских услуг

4. Акт выполненных услуг

**9. Реквизиты сторон**

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя «Севастопольский противотуберкулезный диспансер»**

Юридический адрес: 299014,

г. Севастополь, Фиолентовское шоссе, 17

Тел./факс +7(8692) 23-12-18

Адрес электронной почты:

sevtub@sev.gov.ru.

ОКПО 00314394, ОГРН 1149204047310

ИНН 9201015878, КПП 920101001

Банковские реквизиты:

р/с 03224643670000007400

БИК 016711001

Наименование банка: ОТДЕЛЕНИЕ СЕВАСТОПОЛЬ БАНКА РОССИИ //УФК по г. Севастополю г.

Севастополь

Лицевой счет: 20746Щ82850

Главный врач

 / А.В. Вербицкий

**Пациент (Законный представитель)**

ФИО

адрес места жительства и телефон

 /

Приложение № 1

к договору №\_\_\_\_\_\_

от «\_\_\_» 202\_ г.

**Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинской организации ГБУЗ «Севастопольский противотуберкулезный диспансер»** в соответствии с п.24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинской организации ГБУЗ «ККБ № 2» (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя. С уведомлением ознакомлен(ы) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент (Заказчик)

(Ф.И.О.(полностью)

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_\_ г.

**Исполнитель**

Главный врач

 /А.В. Вербицкий

**Пациент (Законный представитель)**

ФИО
 /

Приложение №2

к договору №\_\_\_

от « » 202\_\_г.

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся (аяся)

(Ф.И.О. полностью)

паспорт серия номер выдан

дата выдачи

Адрес:

Телефон:

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в

РФ" подтверждаю свое согласие на обработку Государственным бюджетным учреждением

здравоохранения Севастополя «Севастопольский противотуберкулезный диспансер» (далее - Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мной

 (Ф.И.О.), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС/ДМС, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны. В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы.

Оператор имеет право обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными по договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я также даю/не даю (ненужное зачеркнуть) Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мной номер мобильного телефона).

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет, пять лет - для поликлиники.

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

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа (по почте заказным письмом с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Подпись субъекта персональных данных

(или его законного представителя)

Дата: « » 202\_\_\_г.

Приложение №

к договору №\_\_\_

от « » 202\_\_г.

**Перечень**

**платных медицинских услуг к договору на оказание платных медицинских услуг
№ от**

Исполнитель: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя «Севастопольский противотуберкулезный диспансер»

Пациент (Заказчик)

(Ф.И.О.(полностью))

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование услуги** | **Количество** | **Сумма (в рублях)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
|  | ИТОГО по медицинским услугам: |  |  |

Приложение № 4

к договору №\_\_\_

от « » 202\_\_г.

**АКТ №**

**оказанных услуг**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя «Севастопольский противотуберкулезный диспансер», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Вербицкого Андрея Владимировича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (ка)

 (Ф.И.О) паспорт (иной документ, удостоверяющий личность, серия, номер, кем и когда выдан), зарегистрированный по месту жительства по адресу: , телефонный номер , именуемый в дальнейшем

Пациент (Законный представитель), совместно в дальнейшем именуемые «Стороны», заключили настоящий Акт о нижеследующем:

1. Исполнителем оказаны, а Пациентом (Законным представителем) приняты в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг № от

« » 202 г. (далее - договор) следующие медицинские услуги:

1. Всего оказано медицинских услуг на общую сумму ( ) руб. коп.
2. Все услуги оказаны с надлежащим качеством, в соответствии с условиями договора. Стороны не имеют друг к другу взаимных претензий.

Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Исполнитель**

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя «Севастопольский противотуберкулезный диспансер»**

Юридический адрес: 299014,

г. Севастополь, Фиолентовское шоссе, 17

Тел./факс +7(8692) 23-12-18

Адрес электронной почты: sevtub@sev.gov.ru.

ОКПО 00314394, ОГРН 1149204047310

ИНН 9201015878, КПП 920101001

Банковские реквизиты:

р/с 03224643670000007400

БИК 016711001

Наименование банка: ОТДЕЛЕНИЕ СЕВАСТОПОЛЬ БАНКА РОССИИ //УФК по г. Севастополю г.

Севастополь

Лицевой счет: 20746Щ82850

Главный врач

 / А.В. Вербицкий

**Пациент (Законный представитель)**

ФИО

адрес места жительства и телефон

 /