

Потребитель/представитель Потребителя уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Потребитель _____ / _____ / Дата _____ 20 ____ г.

СОГЛАСИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ (ЗАКАЗЧИКА) НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, _____ информирован(а) о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинских услуг без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в установленном порядке. Настоящим выражаю свое волеизъявление на получение медицинских услуг/и платно, в соответствии с заключенным договором на оказание платных медицинских услуг.

_____ 20 ____ г.
подпись _____ Ф.И.О. _____ Дата _____

ДОГОВОР № _____ на оказание платных медицинских услуг

Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Онкологический диспансер» (ГБУ РО «Онкодиспансер») действующее на основании лицензии №Л041-01050-61/00323439 от 3 декабря 2019 года, выданной министерством здравоохранения Ростовской области (344029, г.Ростов-на-Дону, ул.1-й Конной Армии,33, тел.(863)242-41-09); и зарегистрированное в Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы №25 по Ростовской области за основным номером 1026103731356 (свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц №006373487 от 10 января 2012г.); именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице начальника Волгодонского филиала, Косарь Галины Ивановны действующего на основании доверенности № _____ от _____, с одной стороны и гражданин(ка), именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. На условиях настоящего Договора Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги согласно Приложению № 1, с соблюдением требований действующего законодательства РФ, в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения РФ, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения РФ, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, а Потребитель/Заказчик обязуется принять и оплатить медицинские услуги, оказанные Исполнителем в порядке и в сроки, установленные в Договоре. **Услуга оказывается Волгодонским филиалом ГБУ РО «Онкодиспансер» по адресу: 347360 Ростовская область, г.Волгодонск, пер.Первомайский, 46/45.**

1.2. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, содержатся в действующем на момент заключения настоящего Договора Прейскуранте. Потребитель/Заказчик ознакомлен с Прейскурантом и Правилами оказания платных медицинских услуг.

1.3. Объем медицинских услуг на момент заключения Договора устанавливается на основании предварительного диагноза и пожеланий Потребителя, в случае, если они не противоречат общепринятой лечебной практике и действующему законодательству РФ. В ходе проведения лечения объем и характер медицинских услуг может быть скорректирован специалистами Исполнителя по согласованию с Потребителем, при этом оформляется приложение №1 к договору, составленному на соответствующую дату.

1.4. 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, а также о результатах проведенного лечения, Потребитель дает свое согласие на обработку его персональных данных (Приложение № 2) 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.

Потребителем в доступной форме получена следующая информация:

а) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

б) информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

в) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

_____ / _____ /
подпись _____ расшифровка подписи _____

II. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с требованиями законодательства, соблюдать врачебную тайну, обеспечить защиту персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

2.1.2. Предупредить Потребителя в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре, и в случае предоставления дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя (при внезапных ситуациях) оказывать дополнительные услуги без взимания платы.

2.1.3. При оказании услуг использовать только разрешенные к применению в Российской Федерации лекарственные препараты, лечебное питание, медицинские изделия, дезинфекционные средства, расходные материалы, изделия медицинского назначения.

2.1.4. Обеспечить Потребителя в установленном порядке информацией, в том числе в сети «Интернет», 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 работы) медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

2.1.5. Вести медицинскую документацию с соблюдением установленных законодательством Российской Федерации требований к оформлению и ведению медицинской документации, статистических форм.

2.1.6. По требованию Потребителя и в доступной для него форме предоставлять информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.7. После получения платных медицинских услуг, выдать Потребителю копии медицинской документации (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы;

2.1.8. По требованию Потребителя предоставить сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.2.2. Требовать от Потребителя предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.

2.2.3. Требовать от Потребителя бережного отношения к имуществу Исполнителя и соблюдения им Правил внутреннего распорядка Исполнителя.

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

2.2.5. Отказать в оказании платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний у Потребителя.

2.2.6. Отказать Потребителю в оказании медицинской помощи в случае нарушения им условий п. 2.3 настоящего Договора.

2.2.7. Отказать в оказании платных медицинских услуг Потребителю, находящемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные Исполнителем медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.3.2. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, особенностях организма, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача по лечению, а также указания, предписанные на период после оказания услуг. Незамедлительно сообщать обо всех имеющихся неблагоприятных симптомах в состоянии своего здоровья.

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

2.3.4. Выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя.

2.3.5. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Потребителя и/или лиц, его сопровождающих, Потребитель обязуется возместить Исполнителю действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

2.3.6. Иметь при себе документ, удостоверяющий личность.

2.3.7. Потребитель уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным [законом](#) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. На выбор врача-специалиста.

2.4.2. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым в интересах Потребителя может быть передана информация о состоянии его здоровья.

2.4.3. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

2.4.4. На отказ от медицинского вмешательства, от получения медицинских услуг.

2.4.5. На возмещение вреда, причиненного здоровью Потребителя при оказании ему медицинской помощи, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

2.4.6. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

III. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость и порядок расчетов предоставляемых медицинских услуг определяются в Приложении № 1 к настоящему Договору. При каждом последующем обращении, составляется приложение №1 на соответствующую дату.

3.2. Оплата осуществляется Заказчиком/ Потребителем путем перечисления 100% суммы при заключении настоящего Договора на расчетный счет Исполнителя.

3.3. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

IV. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до момента полного исполнения сторонами своих обязательств, либо пока одна из Сторон не заявит о его расторжении в письменной форме. Срок оказания медицинских услуг определяется исходя из объема лечебно-диагностических мероприятий, предусмотренных действующими нормативными документами, а также исходя из режима работы Исполнителя.

4.2. Настоящий Договор может быть изменен путем заключения дополнительного соглашения, либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения о расторжении и подписанному Исполнителем и Потребителем.

4.3. Настоящий договор может быть расторгнут в одностороннем порядке Потребителем, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

4.4. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке Исполнителем по основаниям, предусмотренным Гражданским

кодексом РФ. При этом понесенные расходы Исполнителя на уже оказанные услуги возврату не подлежат.

V. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.
- 5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителю в результате предоставления некачественной медицинской услуги, подлежит возмещению в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, в том числе:
- в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма **Потребителя**, если **Потребитель** не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
 - осуществление на любой стадии лечения каких-либо несогласованных с Исполнителем действий, прямо или косвенно влияющих на ход проводимого курса лечения, диагностики.
- 5.4. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае недостижения согласия – в суде общей юрисдикции по правилам подведомственности и подсудности, установленным гражданским процессуальным законодательством.
- 5.5. Исполнитель несет ответственность за некачественное оказание медицинской услуги при условии подтверждения указанного факта в установленном порядке, согласно требованиям действующего законодательства.

VI. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

- 6.1. Исполнитель обязуется охранять информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).
- 6.2. С согласия Потребителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя.
- 6.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя допускается в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

VII. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 7.1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие Потребителя на медицинское вмешательство.
- 7.2. В момент подписания настоящего Договора Потребитель ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность, Прейскурантом Исполнителя, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также ему в доступной форме предоставлена информация 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 и уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.
- 7.3. Порядок и условия предоставления платных медицинских услуг, определены Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг.
- Услуги оказываются по предварительной записи в соответствии с режимом работы Исполнителя. Сроки ожидания предоставления услуг определяются в соответствии с режимом работы Исполнителя и не могут превышать сроков, установленных нормативно-правовыми актами РФ.
- 7.4. Потребитель дает свое согласие на обработку его персональных данных.
- 7.5. Настоящий Договор и все приложения составлены в двух экземплярах если Заказчик и Потребитель одно лицо, либо в трех экземплярах если Заказчик и Потребитель разные лица, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон. Все приложения являются неотъемлемой частью Договора. Договор может быть изменен или расторгнут по основаниям, предусмотренным гражданским законодательством РФ и Законом РФ «О защите прав потребителей».
- 7.6. Стороны договариваются, что при подписании Договора Исполнитель вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического копирования (факсимиле), являющегося аналогом собственноручной подписи и имеющего юридическую силу.
- 7.7. При наличии действующего договора, при каждом последующем обращении Потребителя за медицинскими услугами, Стороны подписывают приложение к договору по форме приложения №1 в дату обращения.

Приложения: Приложение № 1 - Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Договором.

Приложение № 2 – Согласие на обработку персональных данных.

«Исполнитель» ГБУ РО «Онкодиспансер» Юридический адрес: 344006, г. Ростов-на-Дону, пр. Соколова, 9 Фактический адрес: Волгодонской филиал: 347360, г. Волгодонск, пер. Первомайский, 46/45 Телефон: (863) 926-22-89 Платежные реквизиты: министерство финансов (ГБУ РО «Онкодиспансер», л/с 20806002170) ИНН: 6165023530 КПП: 616301001 ОКТМО: 60701000001 Казначейский счет УФК по Ростовской области: 03224643600000005800 БИК УФК по Ростовской области: 016015102 Единый казначейский счет УФК по Ростовской области: 40102810845370000050 ОТДЕЛЕНИЕ РОСТОВ-НА-ДОНУ БАНКА РОССИИ/УФК по Ростовской области г. Ростов-на-Дону КБК - Отр.код 00000000000000000130 Код субсидии 00000	ПОТРЕБИТЕЛЬ: ФИО Паспорт РФ: серия выдан Адрес: Телефон: ФИО ЗАКАЗЧИК: ФИО Паспорт РФ: серия выдан Адрес: Телефон:
--	--

Начальник филиала _____ Косарь Г.И.	_____ ФИО
-------------------------------------	------------------

Перечень медицинских услуг, оказываемых Волгодонским филиалом ГБУ РО «Онкодиспансер», согласно лицензии № Л041-01050-61/00323439 от 3 декабря 2019 года, выданной Министерством здравоохранения Ростовской области, 344029, г.Ростов-на-Дону, ул.1-й Конной Армии, д. 33, телефоны: 8(863)290-87-63; 8(863)242-42-14.

347360, г.Волгодонск, пер.Первомайский 46/45

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:анестезиологии и реаниматологии; лабораторной диагностике; рентгенологии;сестринскому делу; функциональной диагностике; гистологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности);анестезиологии и реаниматологии; инфекционным болезням;клинической лабораторной диагностике; медицинской статистике;онкологии;организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; рентгенологии;торакальной хирургии; ультразвуковой диагностике; урологии;функциональной диагностике; хирургии;эндоскопии;гематологии; дерматовенерологии; клинической фармакологии; колопроктологии; неврологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара поакушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности);анестезиологии и реаниматологии; клинической лабораторной диагностике; медицинской статистике;онкологии;организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; рентгенологии;ультразвуковой диагностике; функциональной диагностике; хирургии;эндоскопии.При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности);анестезиологии и реаниматологии; диетологии;клинической лабораторной диагностике; медицинской статистике;онкологии;организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; рентгенологии;сестринскому делу; терапии;торакальной хирургии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; функциональной диагностике; хирургии;эндоскопии;при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); анестезиологии и реаниматологии;диетологии;клинической лабораторной диагностике; медицинской статистике;онкологии;организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; рентгенологии;сестринскому делу; терапии;торакальной хирургии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; урологии;функциональной диагностике; хирургии;эндоскопии;при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: онкологии;при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: онкологии.При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по:экспертизе временной нетрудоспособности;При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по:медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым).

Информация о форме и способах направления обращений/жалоб в органы государственной власти и организации: Обращение может быть направлено в письменном виде по адресу:

Министерство здравоохранения Ростовской области: 344029, г. Ростов-на-Дону, ул.1-й Конной Армии, 33, телефон «горячей линии» 8(863) 242-41-09, эл.почта: minzdrav@aaanet.ru www.minzdrav.donland.ru

Территориальный орган Росздравнадзора по Ростовской области: 344019, г. Ростов-на-Дону, ул. Ченцова, 71в/63в, телефон «горячей линии» 8(863)286-98-16. Эл.почта: info@reg61.roszdravnadzor.gov.ru www.1reg.roszdravnadzor.ru

Управление федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ростовской области: 344019, г.Ростов-на-Дону, ул.18 линия,17. Телефон 8(863) 251-05-92, факс: 8(863) 251-77-69 телефон «горячей линии»: 8-800-100-74-17 Эл.почта: master@rpdndon.ru Сайт: 61.rosпотреbnadzor.ru

либо в электронном виде через официальный портал «Электронная приемная Ростовской области». <https://letters.donland.ru/>

Приложение № 1
к договору № _____ от _____ 202__ г.

ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ В СООТВЕТСТВИИ С ДОГОВОРом, И СРОКИ ИХ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ

В период действия настоящего договора ГБУ РО «Онкодиспансер» (Волгодонским филиалом) предоставляются медицинские услуги **Потребителю** в объеме:

№ п/п	Наименование услуги	ед. изм.	кол-во	Цена за ед.,	Сумма, руб.
1					
2					

3					
4					
	Итого:				

1. Стоимость медицинских услуг составляет _____ руб. и определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен на момент подписания настоящего Приложения. Срок оказания услуг: в течение 30 дней с момента подписания Сторонами настоящего приложения.

2. В случае, если Заказчик и Потребитель (пациент) являются одним лицом (совпадают), Приложение составляется в 2 (двух) экземплярах. В случае, если оплату за оказание услуг Потребителю производит другое лицо - Заказчик, Приложение составляется в 3 (трех) экземплярах.

3. Настоящее приложение составлено в двух/трех (ненужное зачеркнуть) экземплярах, по одному – для каждой из Сторон и является неотъемлемой частью договора № _____ от « ____ » _____ 202__ г.

Исполнитель

Потребитель

Приложение № 2
к договору № _____ от _____ 202__ г.

ГБУ РО «Онкодиспансер» (Волгодонской филиал)
СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, проживающий (ая) по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____ _____ паспорт: _____, выдан: _____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в Волгодонском филиале ГБУ РО «Онкодиспансер», расположенному по адресу: 347360, г. Волгодонск, пер.Первомайский, 46/45 (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, 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 (договором ДМС).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, 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 _____ 20 ____ г. и действует бессрочно.

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

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.

Подпись субъекта персональных данных _____