**УВЕДОМЛЕНИЕ**

**Государственное учреждение здравоохранения «Липецкая областная клиническая инфекционная больница» до заключения договора на оказание платных медицинских услуг уведомляет потребителя (заказчика) 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.**

Заказчик (потребитель) до заключения договора уведомлен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Фамилия ИО заказчика (потребителя) и его подпись)*

|  |
| --- |
|  |

**ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_**

г. Липецк «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**Государственное учреждение здравоохранения «Липецкая областная клиническая инфекционная больница»**, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице главного врача А.Н. Филатова, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

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

именуемый (ая) в дальнейшем **«Заказчик»**, с другой стороны, заключили настоящий Договор в пользу

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

именуемого (ой) в дальнейшем **«Потребитель»** (пациент), о следующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю (пациенту) платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего Договора. Предоставляемые в рамках настоящего Договора медицинские услуги являются разными, отделенными по времени и технологическим подходам друг от друга самостоятельными медицинскими услугами. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, объем работы и услуг и сроки их оказания (сроки ожидания медицинских услуг) содержатся в пункте 1.2. настоящего Договора.

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование платной медицинской услуги | Стоимость платной медицинской услуги | Кол-во | Сумма | Дата оказания услуги |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Итоговая стоимость договора: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.

1.3. При заключении Договора Заказчику (Потребителю) предоставлена в доступной форме 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, а также информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

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

- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах медицинской помощи;

- другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

**2. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ**

2.1. Стоимость услуг определяется исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг. Стоимость конкретных платных медицинских услуг, предоставляемых Потребителю, указана в п. 1.2. настоящего Договора.

2.2. Стороны согласны, что оплата конкретной медицинской услуги производится Заказчиком в медицинском учреждении на условиях предоплаты в размере 100% путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или путем безналичной оплатыс помощью электронного средства платежа с его предъявлением (через терминал). Срок оплаты: непосредственно в день оказания такой услуги.

2.3. По требованию Заказчика (Потребителя) на предоставление платных медицинских услуг может быть составлена Смета, которая, в случае ее составления, становится неотъемлемой частью Договора.

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

**3. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ, УСЛОВИЯ И СРОКИ ОЖИДАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

3.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя (законного представителя Потребителя) и согласия Заказчика приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика. Потребитель имеет право на выбор лечащего врача или иного специалиста, оказывающего услугу с учетом его согласия; Потребитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства в любое время, оплатив при этом Исполнителю фактически понесенные затраты.

3.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств – по соглашению сторон) и другими документами, в соответствии с действующим законодательством РФ.

3.3. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью. Потребитель обязан сообщить Исполнителю до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях. Потребитель обязан точно выполнять назначения врача. Потребитель и (или) заказчик уведомлены Исполнителем 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.

3.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

3.5. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг. Потребитель обязан заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменения назначенного ему времени получения медицинской услуги.

3.6. Исполнителем после исполнения Договора выдаются Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (выписки из медицинских документов, их копии), отражающие 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 платы согласно утв. Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 789н «Порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

3.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Заказчика (Потребителя). Информированное добровольное согласие Заказчика (Потребителя) на медицинское вмешательство оформляется письменно и является неотъемлемой частью настоящего договора (Приложение №1 к Договору ).

3.8 Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг. Допускается наличие очереди при проведении диагностических и лабораторных исследований, консультаций врачей специалистов. Конкретные сроки ожидания платных услуг определяются в п.1.2. договора.

3.9. Исполнитель оказывает услуги по настоящему договору в помещении Исполнителя.

**4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА**

4.1. За неисполнение либо надлежащее исполнение по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

4.2. Вред, причиняемый жизни или здоровью пациента (Потребителя) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. Потребитель несет ответственность за нарушение условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.4. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания платной медицинской услуги в случаях несоблюдения Потребителем рекомендаций по лечению, условий п.3.3. и 3.5. настоящего договора и иных неправомерных действий.

**5. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

5.2. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

5.3. Исполнитель оставляет за собой право одностороннего отказа от исполнения договора при условии полного возмещения убытков Пациенту. Исполнитель не может в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора в случаях угрожающих жизни Пациента.

**6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ**

6.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до полного исполнения сторонами взятых на себя обязательств. Конкретный срок выполнения каждой из платных медицинских услуг указан в пункте 1.2. настоящего Договора. Общий срок выполнения всех платных медицинских услуг по настоящему договору установлен: с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. по «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

6.2. До заключения Договора Исполнитель уведомил в письменной форме Заказчика (Потребителя) 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 возможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

6.3. Исполнитель имеет Лицензию на осуществление медицинской деятельности № Л041-01195-48/00349594 от 05.06.2020 г., выданную управлением здравоохранения Липецкой области (г. Липецк, ул. Зегеля, д.6, т. (4742) 23-80-02). Срок действия: бессрочно. Перечень предоставляемых работ (услуг), оставляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией:

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, вакцинации (проведению профилактических прививок), лабораторной диагностике, лечебному делу, медицинской статистике, медицинскому массажу, рентгенологии, сестринскому делу, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, педиатрии, терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: аллергологии и иммунологии, инфекционным болезням, клинической лабораторной диагностике, медицинской микробиологии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, рентгенологии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: аллергологии и иммунологии, инфекционным болезням, клинической лабораторной диагностике, клинической фармакологии, медицинской микробиологии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, рентгенологии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии.

При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги); при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, диетологии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, клинической фармакологии, лабораторной диагностике, медицинской микробиологии, медицинской статистике, медицинскому массажу, неврологии, нефрологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), педиатрии, рентгенологии, сестринскому делу, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, хирургии.

При оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании скорой специализированной медицинской помощи вне медицинской организации (в том числе выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи), по: анестезиологии и реаниматологии, инфекционным болезням.

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).

При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: инфекционным болезням, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, сестринскому делу, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике.

При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности.

Копия Лицензии находится в свободном доступе на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя в информационно-коммуникационной сети «Интернет» <http://guzlokib.lipetsk.ru/>.

6.4. «Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимиле подписи главного врача (воспроизведенное механическим способом с использованием клише) на настоящем договоре.

6.5. Договор составлен на двух страницах в двух/трех экземплярах *(ненужное зачеркнуть)*, по одному – для каждой из Сторон, вступает в юридическую силу с момента подписания.

**7. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА И ИХ ПОДПИСИ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  Полное фирменное наименование: Государственное учреждение здравоохранения «Липецкая областная клиническая инфекционная больница»;  Сокращенное фирменное наименование:  ГУЗ «ЛОКИБ»;  Адрес юридического лица в пределах места его нахождения: 398043, Российская Федерация, Липецкая область, г. Липецк, ул. Космонавтов, д. 37А;  Адрес места оказания медицинских услуг: 398043, Российская Федерация, Липецкая область, г. Липецк, ул. Космонавтов, д. 37А;  ОГРН: 1024840829980, Свидетельство: серия 48 №000805288, выданное 26.09.2002 г. ИМНС России по Центральному району г. Липецка;  ИНН: 4826008956, КПП: 482601001;  Банковские реквизиты: р/сч 03224643420000004600, Отделение Липецк банка России//УФК по Липецкой области г. Липецк, к/сч 40102810945370000039, БИК 014206212;  Контактные телефоны: (4742) 33-43-67, 33-42-45  Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.Н.Филатов  мп | **Заказчик:**  Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись Заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Потребитель:**  Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись Потребителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| *Приложение №1 к Договору на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.*  **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ЗАКАЗЧИКА (ПОТРЕБИТЕЛЯ) НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**  Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Ф.И.О. полностью заказчика/потребителя (пациента)/законного представителя*  «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | **Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных**  Я являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, призванного недееспособным  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Ф.И.О. представляемого, число, месяц, год рождения)* |  |
| Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства на базе Государственного учреждения здравоохранения «Липецкая областная клиническая инфекционная больница», в объеме медицинских услуг, предусмотренном **Договором на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.**  **-** Мне разъяснены состояния моего здоровья (здоровья представляемого) и характер предстоящих диагностических и лечебных мероприятий, медицинских действий, в том числе оперативного лечения при необходимости. Мне известно, что медицинское вмешательство, указанное выше, связано для меня (для представляемого) с риском возможных неблагоприятных эффектов диагностических и лечебных процедур, болевых ощущений, с возможными осложнениями и последствиями, включая нетрудоспособность и смерть. Я хорошо понял (а) все разъяснения врача.  - Я Предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья представляемого);  - Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (здоровьем представляемого), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах;  **- Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.**  «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /  *Подпись гражданина (законного представителя) Фамилия И.О.*  Гражданин (законный представитель) расписался в моем присутствии  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *должность, Ф.И.О., подпись* | |

**ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ЗАКАЗЧИКА (ПОТРЕБИТЕЛЯ)**

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

*(Ф.И.О. полностью)*

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

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Раздел бланка заполняется только на несовершеннолетних и недееспособных лиц**  Я, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель ребенка или лица признанного недееспособным):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(ФИО представляемого, число, месяц, год рождения)* |

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях ведения медицинского учета **подтверждаю свое согласие** на обработку **Государственным учреждением здравоохранения «Липецкая областная клиническая инфекционная больница»**, **расположенным по адресу: 398035, г. Липецк, ул. Космонавтов, д. 37а (далее – Учреждение-Оператор)**, моих персональных данных (персональных данных представляемого)**,** включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), 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 Учреждением-оператором мне (представляемому) медицинской помощи я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными (персональными данными представляемого):

- обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных (персональных данных представляемого) неавтоматизированным способом.

- обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого) посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

- обмен (прием и передача) моими персональными данными (персональными данными представляемого) с другими операторами, контролирующими органами (Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Федеральный орган государственной статистики), во исполнение своих обязательств по трудовому договору, 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 осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

- передачу моих персональных данных (персональных данных представляемого), содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Учреждения-оператора, в интересах моего обследования и лечения, в том числе, с возможностью передачи с использованием бумажных и машинных носителей, в том числе по каналам связи и по внутренней сети организации с использованием технических и программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Учреждения-оператора, в том числе лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

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

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

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г. и действует бессрочно.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Учреждением-оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого). Срок действия согласия определен началом его действия (со дня подписания) и заканчивается моментом письменного отзыва в произвольной форме.

Субъект персональных данных (законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

*расшифровка подписи*

**АКТ ПРИЕМКИ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ**

г. Липецк «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**Государственное учреждение здравоохранения «Липецкая областная клиническая инфекционная больница»**, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице главного врача А.Н. Филатова, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

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

именуемый (ая) в дальнейшем **«Заказчик»**, с другой стороны, составили настоящий акт выполненных работ о следующем:

Медицинские услуги согласно **Договору на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года** считаются выполненными Исполнителем в полном объеме, качественно и приняты Заказчиком. Претензий со стороны Заказчика к Исполнителю не имеется. Подписи сторон:

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  Государственное учреждение здравоохранения  «Липецкая областная клиническая инфекционная больница»  Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.Н.Филатов  мп | **Заказчик:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Фамилия, имя и отчество*  Подпись Заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Потребитель:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Фамилия, имя и отчество*  Подпись Потребителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |