**Договор на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_**

г.Саранск «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2016г.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4»**

(1.Адрес места нахождения: Республика Мордовия, г.Саранск, ул. Ульянова д. 32;

 2.Свидетельство Федеральной налоговой службы о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц от 06.03.2013г. №1021300976938 Инспекцией Федеральной налоговой службы по Ленинскому району г.Саранска.

 3.Лицензия Серия ЛО-13 № ЛО-13-01-000765 от 26.09.2016г., выданная Министерством здравоохранения Республики Мордовия на следующие виды работ (услуг):

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, бактериологии, вакцинации (проведению профилактических прививок), дезинфектологии, лабораторному делу, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медицинской статистике, медицинскому массажу, неотложной медицинской помощи, операционному делу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, физиотерапии, функциональной диагностике, эпидемиологии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), неотложной медицинской помощи, организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, терапии, управлению сестринской деятельностью; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике, организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, гастроэнтерологии, гематологии, гистологии, дезинфектологии, детской хирургии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, клинической фармакологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинской статистике, медицинской реабилитации, неврологии, нейрохирургии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), пластической хирургии, профпатологии, психиатрии, психотерапии, пульмонологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сердечно-сосудистой хирургии, торакальной хирургии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, гематологии, дезинфектологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, медицинской реабилитации, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, пульмонологии, физиотерапии. 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: аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, гематологии, гистологии, дезинфектологии, детской хирургии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, сердечно-сосудистой хирургии, сестринскому делу, хирургии (комбустиологии); при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, вакцинации (проведению профилактических прививок), гастроэнтерологии, гематологии, гистологии, дезинфектологии, детской хирургии, диетологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинской реабилитации, медицинской статистике, медицинскому массажу, неврологии, нейрохирургии, онкологии, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, педиатрии, пластической хирургии, психиатрии, психотерапии, пульмонологии, реаниматологии, рентгенологии, рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению, рефлексотерапии, сердечно-сосудистой хирургии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, терапии, торакальной хирургии, травматологии и ортопедии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, хирургии (абдоминальной), хирургии (комбустиологии), эндокринологии, эндоскопии, эпидемиологии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: онкологии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: гематологии, неврологии, нейрохирургии, онкологии, сердечно-сосудистой хирургии, травматологии и ортопедии. При оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании скорой специализированной медицинской помощи внемедицинской организации, в том числе выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи, по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), анестезиологии и реаниматологии, гематологии, детской хирургии, кардиологии, неврологии, нейрохирургии, педиатрии, реаниматологии, сердечно-сосудистой хирургии, торакальной хирургии, травматологии и ортопедии, хирургии, хирургии (абдоминальной), хирургии (комбустиологии), эндокринологии, эндоскопии; при оказании скорой медицинской помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, медицинской статистике, скорой медицинской помощи, управлению сестринской деятельностью; при оказании скорой специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), анестезиологии и реаниматологии, кардиологии, неврологии, нейрохирургии, организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, психиатрии, реаниматологии, терапии, травматологии и ортопедии, управлению сестринской деятельностью; при оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в стационарных условиях (в условиях отделения экстренной медицинской помощи) по: анестезиологии и реаниматологии, дезинфектологии, клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике, лабораторному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, рентгенологии, сестринскому делу, скорой медицинской помощи, ультразвуковой диагностике, эндоскопии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности, При обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях организуются и выполняются работы (услуги) по заготовке, хранению донорской крови и (или) ее компонентов.

в лице главного врача Бурлакова Александра Петровича, действующего на основании устава, именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», с одной стороны, и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.потребителя) именуемый в дальнейшем «ПОТРЕБИТЕЛЬ», с другой стороны, в соответствии с Федеральным Законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ и Федеральным Законом №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г., Постановлением Правительства РФ №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных услуг» от 4 октября 2012 года заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ оказывает качественное (ую) Услугу (обследование, лечение, консультацию) (нужное подчеркнуть) медицинского характера в виде профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной помощи, включающую в себя:

|  |  |
| --- | --- |
| №п/п | Наименование медицинской услуги, срок исполнения |
|  | Срок оказания услуги 1-3дн., 1-14дн. |
|  | « » |
|  |  |
|  |  |

**2. Права и обязанности сторон.**

2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется осуществить качественное (ую) обследование, лечение, консультацию\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2.2. При выявлении необходимости производства дополнительных медицинских услуг ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется уведомить об этом ПОТРЕБИТЕЛЯ в письменном виде.

2.3. При согласии на производство дополнительных услуг ПОТРЕБИТЕЛЬ обязуется оплатить стоимость дополнительных услуг в отдельном порядке согласно действующему прейскуранту.

2.4. ПОТРЕБИТЕЛЬ обязуется оплатить получаемую Услугу, внимательно ознакомиться с информацией, касающейся его лечения (приложение №1 к настоящему договору).

**3. Стоимость услуг и порядок оплаты.**

3.1. Стоимость предоставленной медицинской услуги, согласно п.1 договора составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(сумма цифрами и прописью)

3.2. Оплата Услуги, осуществляется ПОТРЕБИТЕЛЕМ, согласно действующему прейскуранту на момент обращения. Оплата может производиться наличным путем - в кассу лечебного учреждения, так и безналичным - перечислением на расчетный счет Исполнителя в 3 дневной срок до получения Услуги.

3.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан выдать ПОТРЕБИТЕЛЮ документ, подтверждающий произведенную оплату представленных медицинских услуг.

3.4. ИСПОЛНИТЕЛЬ после исполнения договора выдает ПОТРЕБИТЕЛЮ (законному представителю ПОТРЕБИТЕЛЯ) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

**4. Ответственность сторон.**

4.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Сторонами своих обязанностей по настоящему договору, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности (за результаты оказания Услуги) в случаях несоблюдения ПОТРЕБИТЕЛЕМ рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий.

4.3. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров. В случае невозможности их разрешения таким путем они будут рассмотрены в соответствии с порядком, установленным законодательством.

**5. Срок действия договора. Порядок изменения и расторжения договора.**

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течении 14 календарных дней до получения ПОТРЕБИТЕЛЕМ Услуги в полном объеме. Настоящий договор без подписанного ПОТРЕБИТЕЛЕМ приложения №1 к настоящему договору юридической силы не имеет.

5.2. Договор будет считаться прекращенным после выполнения всех взаимных обязательств и урегулирования всех расчетов между сторонами.

5.3. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны Сторонами либо их уполномоченными представителями.

5.4. Договор на оказание платных медицинских услуг составлен по одному для каждой стороны. Каждый из них имеет одинаковую юридическую силу.

**6. Особые условия.**

6.1. ПОТРЕБИТЕЛЬ обязан строго выполнять все рекомендации, сделанные ИСПОЛНИТЕЛЕМ, которые отражены в утвержденной медицинской документации (ф. №003/у, ф. №025/у-04). При несоблюдении данных рекомендаций ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственность за неблагоприятный исход лечения.

6.2. При самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, ПОТРЕБИТЕЛЬ

 информирован, о том, что медицинские услуги он может получить бесплатно по месту жительства в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, но изъявляет желание получить данные медицинские услуги на платной основе у ИСПОЛНИТЕЛЯ.

6.3 ПОТРЕБИТЕЛЬ не имеет претензий к ИСПОЛНИТЕЛЮ по возмещению затрат понесенных ПОТРЕБИТЕЛЕМ, согласно настоящего договора.

6.4. ПОТРЕБИТЕЛЬ с порядком, условиями и оплатой указанной медицинской услуги ознакомлен и согласен.

**7. Юридические адреса и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **«ИСПОЛНИТЕЛЬ»**ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница «№4»Юридический адрес:430032, Республика Мордовия, г.Саранск, ул.Ульянова, д.32, тел:.33-42-22; 32-00-70ОГРН 1021300976938, Выдан ИФНС по Ленинскому району г. Саранска. Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /А.П. Бурлаков/ | **«ПОТРЕБИТЕЛЬ»**ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) |

|  |
| --- |
| **Приложение №1 к договору****№ \_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2016 г.** |

**Добровольное информационное согласие**

**об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг**

г. Саранск «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2016 г.

**Я, ПОТРЕБИТЕЛЬ**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

В рамках договора на оказание платных медицинских услуг, желаю получить **платные медицинские услуги** в ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница «№4», при этом мне разъяснено, что при предоставлении платных медицинских услуг соблюдаются порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации, и мною осознано следующее:

**1.** Я, получив от сотрудников ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница «№4» полную информацию о возможности и условиях 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, **даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.**

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

**3.** Мне разъяснено и я осознал (а), что **несоблюдение указаний** (рекомендаций) ИСПОЛНИТЕЛЯ, 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.

**4**. Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

**5.** Я согласен (согласна) 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 РМ «Республиканская клиническая больница «№4» не несет ответственности за их возникновение.

**6.** Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие медицинские услуги, которые я хочу получить в ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница «№4» и согласен (на) их оплатить.

|  |  |
| --- | --- |
| №п/п | Наименование медицинской услуги |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**7.** Я ознакомлен (на) с действующим прейскурантом платных медицинских услуг и согласен (на) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

**8.** Я проинформирован (а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других медицинских организациях, и **подтверждаю свое согласие** на получение указанной медицинской услуги в ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница «№4».

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

**ПОТРЕБИТЕЛЬ:**

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

(фамилия, имя, отчество, и подпись пациента)

Настоящее соглашение подписано пациентом на приеме у врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Главному врачу

Государственного бюджетного учреждения здравоохранения

Республики Мордовия

«Республиканская клиническая больница «№4»

Бурлакову Александру Петровичу

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

о согласии на обработку персональных данных

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

(фамилия, имя, отчество полностью)

проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(по месту регистрации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (название выдавшего органа и дата выдачи)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Государственным учреждением здравоохранения Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница «№4», Республика Мордовия, г.Саранск, ул. Ульянова, 32 (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные 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 Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

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, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (название 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 (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

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

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2016 года и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора 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, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон (ы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_