

**Договор № _____
на оказание платных медицинских услуг**

г. Воронеж

дата _____

Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Воронежская городская клиническая поликлиника № 4» (БУЗ ВО «ВГКП №4»), свидетельство о внесении записи о государственной регистрации изменений в ЕГРЮЛ, серия 36, №003547285 от 27.12.2012г. (регистрационный орган: Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы №12 по Воронежской области), лицензия на осуществление медицинской деятельности БУЗ ВО «ВГКП №4» (ЛО-36-01-003359 от 29.05.2018г.), выдана Департаментом здравоохранения Воронежской области, г. Воронеж, ул. Никитинская 5, тел. 8(473)255-42-53, (в дальнейшем — **Исполнитель**) в лице заведующего отделением по оказанию платных медицинских услуг (далее – ОПМУ) Денисенко Светлана Анатольевна, действующей на основании доверенности №1 от 09.01.2019г. (бессрочно), с одной стороны и

| | |
|-----------------|--|
| ФАМИЛИЯ | |
| ИМЯ | |
| ОТЧЕСТВО | |

именуемый(-ая) в дальнейшем **Потребитель (Заказчик)**, с другой стороны, совместно именуемые Стороны заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим договором **Потребитель (Заказчик)** поручает, а **Исполнитель** обязуется произвести следующие услуги:

| Код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги (руб.) |
|-------------------|----------------------------|--------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| ИТОГО: | | |

1.2. Общая стоимость услуг составляет:

(общая стоимость услуг прописью)

6.1.6. Персональные данные обрабатываются в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг в течение срока, необходимого для достижения целей обработки персональных данных, регламентированных нормативными актами, регулирующими сроки хранения медицинской документации.

6.1.7. Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме. В случае отзыва настоящего согласия до окончания срока его действия я предупрежден о возможных последствиях прекращения обработки моих персональных данных. В случае отзыва согласия на обработку персональных данных БУЗ ВО «ВГКП №4» имеет право продолжить их обработку при наличии оснований, указанных в законодательстве РФ. Я также даю согласие на передачу своих персональных данных третьим лицам в случае, если это необходимо для выполнения данного договора, в частности, другим медицинским организациям, привлекаемым для оказания услуг.

7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. Споры и разногласия решаются путем переговоров, привлечения независимой экспертизы, соглашению сторон или разрешаются в судебном порядке, в суде Воронежской области в соответствии с действующим законодательством.

7.2. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

7.3. Настоящий договор может быть расторгнут или изменен по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением друг друга не менее чем за 3 дня.

7.4. Все остальное, что не урегулировано настоящим Договором, регулируется законодательством РФ.

7.5. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу и находящихся у каждой из Сторон.

8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая поликлиника № 4»
Юридический адрес: город Воронеж, улица Генерала Лизюкова, дом 24
Фактический почтовый адрес: 394077, город Воронеж, улица Генерала Лизюкова, дом 24
Телефон: 212-61-05
ИНН/КПП: 3662034649/366201001
Код вида ОКВЭД экономической деятельности: 85.12 ОКТМО 20701000
Код отрасли по ОКПО/ОГРН: 10589139/1023601567307
Р/с: 40601810820073000001 ДФ Воронежской области, (БУЗ ВО «ВГКП № 4» л/с 20821200330)
ББК 821 30201020020000 130 БИК (МФО): 042007001
Полное наименование банка: Отделение по Воронежской области Главного управления Центрального банка Российской Федерации по Центральному округу (сокращенное наименование - Отделение Воронеж), ИНН 3666098668 КПП 366601001 ОКАТО 20401000000
Местонахождение банка: 394063, г. Воронеж, ул. 25 Января, д. 1А

Потребитель (Заказчик):

Ф.И.О. _____

Паспорт: _____

серия _____

№ _____

выдан _____

Дата выдачи _____

Адрес: _____

Заведующий ОПМУ _____ С.А. Денисенко

М.П.

Телефон: _____

Подпись _____

6.1.6. Персональные данные обрабатываются в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг в течение срока, необходимого для достижения целей обработки персональных данных, регламентированных нормативными актами, регулирующими сроки хранения медицинской документации.

6.1.7. Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме. В случае отзыва настоящего согласия до окончания срока его действия я предупрежден о возможных последствиях прекращения обработки моих персональных данных. В случае отзыва согласия на обработку персональных данных БУЗ ВО «ВГКП №4» имеет право продолжить их обработку при наличии оснований, указанных в законодательстве РФ. Я также даю согласие на передачу своих персональных данных третьим лицам в случае, если это необходимо для выполнения данного договора, в частности, другим медицинским организациям, привлекаемым для оказания услуг.

7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. Споры и разногласия решаются путем переговоров, привлечения независимой экспертизы, соглашению сторон или разрешаются в судебном порядке, в суде Воронежской области в соответствии с действующим законодательством.

7.2. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

7.3. Настоящий договор может быть расторгнут или изменен по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением друг друга не менее чем за 3 дня.

7.4. Все остальное, что не урегулировано настоящим Договором, регулируется законодательством РФ.

7.5. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу и находящихся у каждой из Сторон.

8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая поликлиника № 4»
Юридический адрес: город Воронеж, улица Генерала Лизюкова, дом 24
Фактический почтовый адрес: 394077, город Воронеж, улица Генерала Лизюкова, дом 24
Телефон: 212-61-05
ИНН/КПП: 3662034649/366201001
Код вида ОКВЭД экономической деятельности: 85.12 ОКТМО 20701000
Код отрасли по ОКПО/ОГРН: 10589139/1023601567307
Р/с: 40601810820073000001 ДФ Воронежской области, (БУЗ ВО «ВГКП № 4» л/с 017 05 519 9)
ББК 821 30201020020000 130 БИК (МФО): 042007001
Полное наименование банка: Отделение по Воронежской области Главного управления Центрального банка Российской Федерации по Центральному округу (сокращенное наименование - Отделение Воронеж), ИНН 3666098668 КПП 366601001 ОКАТО 20401000000
Местонахождение банка: 394063, г. Воронеж, ул. 25 Января, д. 1А

Потребитель (Заказчик):

Ф.И.О. _____

Паспорт: _____

серия _____

№ _____

выдан _____

Дата выдачи _____

Адрес: _____

Заведующий ОПМУ _____ С.А. Денисенко

М.П.

Телефон: _____

Подпись _____

**Договор № _____
на оказание платных медицинских услуг**

г. Воронеж

дата _____

Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Воронежская городская клиническая поликлиника № 4» (БУЗ ВО «ВГКП №4»), свидетельство о внесении записи о государственной регистрации изменений в ЕГРЮЛ, серия 36, №003547285 от 27.12.2012г. (регистрационный орган: Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы №12 по Воронежской области), лицензия на осуществление медицинской деятельности БУЗ ВО «ВГКП №4» (ЛО-36-01-003359 от 29.05.2018г.), выдана Департаментом здравоохранения Воронежской области, г. Воронеж, ул. Никитинская 5, тел. 8(473)255-42-53, (в дальнейшем — **Исполнитель**) в лице заведующего отделением по оказанию платных медицинских услуг (далее – ОПМУ) Денисенко Светлана Анатольевна, действующей на основании доверенности №1 от 09.01.2019г., (бессрочно) с одной стороны и

| | |
|-----------------|--|
| ФАМИЛИЯ | |
| ИМЯ | |
| ОТЧЕСТВО | |

именуемый(-ая) в дальнейшем **Потребитель (Заказчик)**, с другой стороны, совместно именуемые Стороны заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим договором **Потребитель (Заказчик)** поручает, а **Исполнитель** обязуется произвести следующие услуги:

| Код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги (руб.) |
|-------------------|----------------------------|--------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| ИТОГО: | | |

1.3. Общая стоимость услуг составляет:

(общая стоимость услуг прописью)

2. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

2.1. Оплата медицинских услуг по настоящему договору производится Потребителем (Заказчиком) в полном объеме до оказания услуги в соответствии с действующим Прейскурантом.

2.3. Оплата за услуги производится через кассу отделения платных услуг Исполнителя или перечислением платы на счёт Исполнителя в банке.

3. СРОКИ ИСПОЛНЕНИЯ

3.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания, оплаты Потребителем (Заказчиком) медицинских услуг согласно п. 2 настоящего Договора и действителен до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

3.2. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в сроки, согласно плана-графика работы ОПМУ, который ежемесячно утверждается администрацией БУЗ ВО «ВГКП №4» и доводится до сведения «Заказчика» индивидуально.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязуется:

4.1.1. Предоставить квалифицированные, качественные медицинские услуги в соответствии с действующими стандартами.

4.1.2. В своей деятельности использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

4.1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом Потребителя (Заказчика) и получить для оказания дополнительных услуг его согласие.

4.1.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя (Заказчика) (внезапные острые заболевания, состояния; обострения хронических заболеваний) такие медицинские услуги оказывать без взимания платы в соответствии с Федеральным Законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

4.1.5. Обеспечить Потребителя (Заказчика) в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

4.1.6. Обеспечить Потребителю (Заказчику) ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья. Хранить в тайне информацию о факте его обращения за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении. С согласия Потребителя (Заказчика) или его законного представителя допускается передача сведений, составляющую врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя (Заказчика). Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя (Заказчика) предоставлять третьим лицам только в случаях, установленных ст. 13 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

4.1.7. Оказать весь комплекс оплаченных Потребителем (Заказчиком) медицинских услуг качественно и в установленные для оказания данной медицинской услуги сроки. Максимальные сроки выполнения конкретных услуг устанавливаются Исполнителем и приводятся в плане-графике работы ОПМУ. Подписывая настоящий договор, Потребитель (Заказчик) тем самым подтверждает, что установленные Исполнителем максимальные сроки выполнения услуг ему известны и устраивают его.

4.2. Потребитель (Заказчик) обязуется:

4.2.1. Ознакомиться с условиями договора и Правилами оказания платных медицинских услуг и исполнять их.

4.2.2. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях; предоставить Исполнителю всю необходимую для исполнения настоящего договора информацию; в случае сообщения недостоверной или неполной информации Потребитель (Заказчик) несет ответственность за возможные юридические и медицинские последствия, которые могут вследствие этого наступить.

4.2.3. Выполнять все рекомендации врача и медицинского персонала. Потребитель (Заказчик) предупрежден о том, что несоблюдение рекомендаций 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 (Заказчика).

2. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

2.1. Оплата медицинских услуг по настоящему договору производится Потребителем (Заказчиком) в полном объеме до оказания услуги в соответствии с действующим Прейскурантом.

2.3. Оплата за услуги производится через кассу отделения платных услуг Исполнителя или перечислением платы на счёт Исполнителя в банке.

3. СРОКИ ИСПОЛНЕНИЯ

3.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания, оплаты Потребителем (Заказчиком) медицинских услуг согласно п. 2 настоящего Договора и действителен до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

3.2. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в сроки, согласно плана-графика работы ОПМУ, который ежемесячно утверждается администрацией БУЗ ВО «ВГКП №4» и доводится до сведения «Заказчика» индивидуально.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязуется:

4.1.1. Предоставить квалифицированные, качественные медицинские услуги в соответствии с действующими стандартами.

4.1.2. В своей деятельности использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

4.1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом Потребителя (Заказчика) и получить для оказания дополнительных услуг его согласие.

4.1.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя (Заказчика) (внезапные острые заболевания, состояния; обострения хронических заболеваний) такие медицинские услуги оказывать без взимания платы в соответствии с Федеральным Законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

4.1.5. Обеспечить Потребителя (Заказчика) в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

4.1.6. Обеспечить Потребителю (Заказчику) ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья. Хранить в тайне информацию о факте его обращения за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении. С согласия Потребителя (Заказчика) или его законного представителя допускается передача сведений, составляющую врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя (Заказчика). Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя (Заказчика) предоставлять третьим лицам только в случаях, установленных ст. 13 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

4.1.7. Оказать весь комплекс оплаченных Потребителем (Заказчиком) медицинских услуг качественно и в установленные для оказания данной медицинской услуги сроки. Максимальные сроки выполнения конкретных услуг устанавливаются Исполнителем и приводятся в плане-графике работы ОПМУ. Подписывая настоящий договор, Потребитель (Заказчик) тем самым подтверждает, что установленные Исполнителем максимальные сроки выполнения услуг ему известны и устраивают его.

4.2. Потребитель (Заказчик) обязуется:

4.2.1. Ознакомиться с условиями договора и Правилами оказания платных медицинских услуг и исполнять их.

4.2.2. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях; предоставить Исполнителю всю необходимую для исполнения настоящего договора информацию; в случае сообщения недостоверной или неполной информации Потребитель (Заказчик) несет ответственность за возможные юридические и медицинские последствия, которые могут вследствие этого наступить.

4.2.3. Выполнять все рекомендации врача и медицинского персонала. Потребитель (Заказчик) предупрежден о том, что несоблюдение рекомендаций 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 (Заказчика).

4.2.4. Выполнять правила внутреннего распорядка и требования санитарно-эпидемиологического режима.

4.2.5. Уважать права других пациентов и сотрудников больницы.

4.2.6. После заключения договора произвести предварительную оплату медицинских услуг, указанных в настоящем договоре.

4.2.7. В случае отказа от медицинской услуги возместить Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по данному договору.

4.3. Потребитель (Заказчик) имеет право:

4.3.1. В доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, а также связанных с ними рисками, возможными вариантами медицинского вмешательства с их последствиями и результатами проведенного лечения.

4.3.2. В случае несоблюдения Исполнителем обязательств по срокам предоставления услуг по своему выбору:

- установить новый срок оказания услуг;

- потребовать уменьшения стоимости услуги;

- потребовать исполнения услуги другим специалистом;

- расторгнуть договор.

4.4. Исполнитель имеет право:

4.4.1. Изменить по медицинским показаниям объем лечения (с коррекцией стоимости) с предварительным уведомлением Потребителя (Заказчика).

4.4.2. Заменить лечащего врача по личному письменному заявлению «Потребителя» или по иным основаниям (болезнь, отпуск лечащего врача и т.д.).

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Исполнитель несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя (Заказчика) в соответствии с законодательством РФ.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора, причиной которого стало нарушение Потребителем (Заказчиком) условий настоящего договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

6. ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

6.1. Добровольное информированное согласие Потребителя (Заказчика) на оказание платных медицинских услуг и действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных:

6.1.1. Я подтверждаю, что обращаюсь в Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Воронежская городская клиническая поликлиника №4» (БУЗ ВО «ВГКП № 4», за получением платных медицинских услуг самостоятельно и добровольно;

6.1.2. Сотрудник БУЗ ВО «ВГКП №4» мне разъяснены права на бесплатную медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий на территории Воронежской области в текущем году.

6.1.3. Так же я подтверждаю, что уведомлен(-а) в доступной форме об условиях и порядках оказания мне платных медицинских услуг, стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении оплаченных мною платных медицинских услуг.

6.1.4. Я понимаю, что БУЗ ВО «ВГКП №4» не несет никакой ответственности за целесообразность проведения исследований, независимо от того, проводятся ли исследования по назначению сторонних врачей или по моей личной инициативе.

6.1.5. В соответствии со ст. 9. Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» я даю согласие на действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных автоматизированным и неавтоматизированным способом: фамилии, имени, отчества; пола; числа, месяца, года рождения; вида документа и данных, удостоверяющих личность; реквизитов полиса ДМС; адреса регистрации по месту жительства; номеров контактных телефонов или сведений о других способах связи; сведений о состоянии здоровья, а также состоянии здоровья ближайших родственников; фактов предыдущих обращений за медицинской помощью и их результатов в документарной и электронной форме.

4.2.4. Выполнять правила внутреннего распорядка и требования санитарно-эпидемиологического режима.

4.2.5. Уважать права других пациентов и сотрудников больницы.

4.2.6. После заключения договора произвести предварительную оплату медицинских услуг, указанных в настоящем договоре.

4.2.7. В случае отказа от медицинской услуги возместить Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по данному договору.

4.3. Потребитель (Заказчик) имеет право:

4.3.1. В доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, а также связанных с ними рисками, возможными вариантами медицинского вмешательства с их последствиями и результатами проведенного лечения.

4.3.2. В случае несоблюдения Исполнителем обязательств по срокам предоставления услуг по своему выбору:

- установить новый срок оказания услуг;

- потребовать уменьшения стоимости услуги;

- потребовать исполнения услуги другим специалистом;

- расторгнуть договор.

4.4. Исполнитель имеет право:

4.4.1. Изменить по медицинским показаниям объем лечения (с коррекцией стоимости) с предварительным уведомлением Потребителя (Заказчика).

4.4.2. Заменить лечащего врача по личному письменному заявлению «Потребителя» или по иным основаниям (болезнь, отпуск лечащего врача и т.д.).

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Исполнитель несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя (Заказчика) в соответствии с законодательством РФ.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора, причиной которого стало нарушение Потребителем (Заказчиком) условий настоящего договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

6. ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

6.1. Добровольное информированное согласие Потребителя (Заказчика) на оказание платных медицинских услуг и действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных:

6.1.1. Я подтверждаю, что обращаюсь в Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Воронежская городская клиническая поликлиника №4» (БУЗ ВО «ВГКП № 4», за получением платных медицинских услуг самостоятельно и добровольно;

6.1.2. Сотрудник БУЗ ВО «ВГКП №4» мне разъяснены права на бесплатную медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий на территории Воронежской области в текущем году.

6.1.3. Так же я подтверждаю, что уведомлен(-а) в доступной форме об условиях и порядках оказания мне платных медицинских услуг, стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении оплаченных мною платных медицинских услуг.

6.1.4. Я понимаю, что БУЗ ВО «ВГКП №4» не несет никакой ответственности за целесообразность проведения исследований, независимо от того, проводятся ли исследования по назначению сторонних врачей или по моей личной инициативе.

6.1.5. В соответствии со ст. 9. Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» я даю согласие на действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных автоматизированным и неавтоматизированным способом: фамилии, имени, отчества; пола; числа, месяца, года рождения; вида документа и данных, удостоверяющих личность; реквизитов полиса ДМС; адреса регистрации по месту жительства; номеров контактных телефонов или сведений о других способах связи; сведений о состоянии здоровья, а также состоянии здоровья ближайших родственников; фактов предыдущих обращений за медицинской помощью и их результатов в документарной и электронной форме.

