

Настоящим я, _____

(Ф.И.О. Пациента)

подтверждаю, что до заключения договора оказания платных медицинских услуг в амбулаторных условиях 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

_____ (подпись)

_____ (дата)

ДОГОВОР ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

г. Киров
года

«__» __ 20__

Акционерное общество «Московское протезно-ортопедическое предприятие» (АО "Московское ПрОП"), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице филиал «Кировский» АО «Московское ПрОП», действующего на основании доверенности № _____ от _____, с одной стороны, и

_____ (ФИО), Паспорт серия: _____
номер: _____ выдан: _____ код подразделения _____, адрес
регистрации _____
адрес _____ места _____ жительства _____

_____ именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, далее совместно именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1. Наименование и фирменное наименование (если имеется): АО "Московское ПрОП", ИНН 7743384198, ОГРН 1227700368279.

1.1.1. Адрес места нахождения: 610025, г. Киров, ул. Мельничная, д.32;

1.1.2. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОСТАНОВКЕ НА УЧЕТ РОССИЙСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В НАЛОГОВОМ ОРГАНЕ от 24.06.2022 г. № 654878566.

1.1.3. Лицензия - регистрационный номер ЛО41-00110-62/00590202, дата предоставления лицензии 23.06.2022 года: при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре; медицинской статистике, медицинскому массажу; сестринскому делу; физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью,

эпидемиологии; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: гастроэнтерологии; диетологии; медицинской реабилитации; медицинской статистике; неврологии; психиатрии; травматологии и ортопедии; физиотерапии; эндокринологии.

1.2. Сведения о Заказчике:

1.2.1. _____ (Ф.И.О.)
Паспорт серия: _____ номер: _____ выдан: _____ код
подразделения _____, адрес регистрации
_____ адрес места жительства
_____.

1.3. Сведения о Пациенте:

1.3.1. _____ (Ф.И.О.)
Паспорт серия: _____ номер: _____ выдан: _____ код
подразделения _____, адрес регистрации
_____ адрес места
жительства
_____.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель принимает на себя обязательства оказать Пациенту медицинские услуги в соответствии с имеющейся лицензией на осуществление медицинской деятельности на условиях, определенных настоящим Договором в амбулаторных условиях (далее – «Услуги»), а Заказчик обязуется оплатить Услуги, оказанные Пациенту в порядке и на условиях настоящего Договора.

Конкретный перечень оказываемых Услуг, сроки их ожидания и их стоимость определяются Исполнителем и Заказчиком (Пациентом) путем оформления Спецификации к настоящему Договору.

Исполнитель оказывает услуги по адресу: 610025, город Киров, улица Мельничная, дом 32.

Срок оказания услуг: с _____ по _____.

2.2. Заключая настоящий Договор, Заказчик (Пациент) проинформирован:

- что Пациент, являясь гражданином Российской Федерации, согласно ч. 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации, имеет право на получение медицинской помощи соответствующих видов и объемов без взимания платы в рамках Программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- что при определении размера налоговой базы Заказчик имеет право на получение социальных налоговых вычетов в сумме, уплаченной в налоговом периоде за услуги по лечению, предоставленные ему медицинским учреждением РФ;

- что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе

назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

2.3. Настоящий Договор Заказчик (Пациент) заключил, находясь в здравом уме, ясной памяти и действуя на основании добровольной инициативы, имея достаточно времени для принятия осознанного решения, без давления и принуждения с чьей-либо стороны, выбрав порядок оказания услуг, установленный настоящим Договором.

2.4. Вся необходимая информация об оказываемых платных медицинских услугах Заказчиком (Пациентом) получена в полном объеме в доступной форме.

2.5. Медицинская помощь оказывается Пациенту в рамках оказания платных медицинских Услуг по ценам действующего Прейскуранта медицинских услуг Исполнителя.

2.6. Медицинские Услуги предоставляются Исполнителем при наличии информированного добровольного согласия Пациента.

2.7. Стороны соглашаются с тем, что Пациент информирован о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N323-ФЗ "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, с тем, что Пациент информирован Исполнителем о возможности получения без взимания платы соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии с перечнем заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, в медицинских организациях, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.8. При необходимости Пациенту могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень, стоимость и сроки ожидания которых согласуются Сторонами в Дополнительном соглашении к настоящему Договору.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1 Обеспечить оказание качественных медицинских услуг Заказчику/Пациенту с надлежащим качеством и с соблюдением требований, предъявляемых к методам диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ согласно режиму работы Исполнителя и перечню предоставляемых медицинских услуг. Организовывать и оказывать медицинскую помощь в соответствии с законами и подзаконными нормативными правовыми Российской Федерации, в том числе в соответствии с положениями об организации осуществления медицинской помощи по видам медицинской помощи, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с

учетом стандартов медицинской помощи. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

3.1.2. В случае возникновения препятствия для выполнения условий настоящего Договора Исполнитель обязан извещать об этом Заказчика/Пациента.

3.1.3. Вести медицинскую документацию и выдать Пациенту медицинские документы установленного образца (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, в порядке, установленном настоящим Договором.

3.1.4. Вести учет вида, объема и качества оказания медицинской помощи, а также средств, полученных от Заказчика/Пациента.

3.1.5. Предоставить в доступной форме информацию 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.

3.1.6. В одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора в соответствии со ст. 36 Закона РФ «О защите прав потребителей», если Заказчик/Пациент после уведомления о необходимости устранить обстоятельства, снижающие качество оказываемой услуги, не устранил данные обстоятельства. Если нет угрозы для жизни.

3.1.7. Требовать от Заказчика/Пациента предоставления сведений и документов, необходимых для оказания медицинских услуг по настоящему Договору.

3.1.8. Исполнитель гарантирует право Пациента на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской услугой, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, составляющих врачебную тайну и обеспечивает ее конфиденциальность.

3.1.9. Ставить в известность Заказчика/Пациента о предполагаемой сумме дополнительных расходов.

3.1.10. Без согласия Заказчика/Пациента Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3.1.11. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Заказчика/Пациента к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации или увеличить сроки оказания услуг.

3.1.12. Изменить дату и время приема Заказчика/Пациента при нарушении графика приема, если это нарушение вызвано объективными причинами, т.е. не подлежащими прогнозу осложнениями, возникшими при лечении других пациентов, с целью окончания лечения текущему Заказчику/Пациенту.

3.1.13. Требовать оплаты оказанных услуг.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Отказать в оказании платной услуги при наличии медицинских противопоказаний со стороны здоровья Пациента.

3.2.2. Отказать в оказании платной медицинской услуги при отсутствии медицинских показаний, а также при риске нанесения вреда здоровью Пациенту.

3.2.3. Отказать в оказании платной медицинской услуги при состояниях наркотического или алкогольного опьянения у Пациента.

3.3. Заказчик/Пациент обязан:

3.3.1. Оплатить оказание медицинской помощи на условиях, указанных в настоящем Договоре.

3.3.2. Выполнять, все назначения лечащего врача и медицинского персонала, а также соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя.

3.3.3. Подписывать своевременно Акт об оказании платных медицинских услуг (Приложение № 3 к настоящему Договору).

3.3.4. Сообщить медицинскому персоналу все необходимые сведения о себе для успешного проведения лечебно-диагностического процесса. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.3.5. Явиться для получения медицинских услуг в назначенное время.

3.3.6. Своевременно уведомить Исполнителя о наличии уважительной причины (болезни) для переноса сроков выполнения медицинских услуг с последующим предоставлением подтверждающих документов.

3.3.7. Явиться для оказания медицинских услуг за 15 минут до назначенного времени приема к врачу и уведомить Исполнителя за 24 часа об отмене предварительной записи визита к врачу.

3.4. Заказчик/Пациент имеет право:

3.4.1. На охрану здоровья и медицинскую помощь.

3.4.2. На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала.

3.4.3. Требовать предоставления услуг надлежащего качества, получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах оказания услуг, исчерпывающую информацию о предоставляемых услугах, не вмешиваясь в деятельность Исполнителя.

3.4.4. Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия.

3.4.5. Выбирать время приема у врача из имеющегося свободного.

3.4.6. На добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии с законодательством.

3.4.7. Получить документы для социального вычета.

3.4.8. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

3.4.9. Получить в доступной форме информацию о платных услугах, содержащую информацию о порядке оказания медицинских услуг и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; информацию о профессиональном образовании, квалификации медицинских работников медицинского учреждения; информацию о методах оказания медицинской помощи,

связанных с ними рисках, возможных видов медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; другие сведения относящиеся к предмету настоящего Договора.

3.4.10. На сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, за исключением случаев, предусмотренных законодательными актами.

3.4.11. Получить денежные средства, внесенные за оказание платных медицинских услуг, но не получившим данную медицинскую услугу.

3.4.12. Другие права, предусмотренные действующим законодательством.

4. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему Договору, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем, и составляет _____ (_____) руб.

4.2. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается контрольно-кассовый чек или бланк строгой отчетности, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

4.3. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

4.4. Оплата услуг по настоящему Договору осуществляется наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по выбору Заказчика.

4.5. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Заказчику/Пациенту услуг, предусмотренный настоящим Договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего Договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора, при этом с Заказчика удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Заказчиком по настоящему Договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов. При оказании платных медицинских услуг обязанность Исполнителя по возврату денежной суммы, уплаченной Заказчиком по настоящему Договору, возникает в соответствии с главой III Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей». Оплата медицинской услуги Заказчиком путем перевода средств на счет третьего лица, указанного Исполнителем (в письменной форме), не освобождает Исполнителя от обязанности осуществить возврат уплаченной Заказчиком суммы как при отказе от исполнения настоящего Договора, так и при оказании медицинских услуг (выполнении работ) ненадлежащего качества, в соответствии с Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

4.6. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по

настоящему Договору, возникшей по вине Заказчика/Пациента, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, оплата медицинских услуг осуществляется в полном объеме.

5. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

5.1. Все медицинские услуги оказываются Исполнителем при неукоснительном соблюдении лицензионных требований и условий, требований Закона РФ «О защите прав потребителей», Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

5.2. Заказчик/Пациент подтверждает, что до подписания настоящего Договора, ознакомлен в доступной форме с информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:

Порядки оказания медицинской помощи при медицинских заболеваниях;

- Стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;
- Информацию о враче, оказывающем медицинские услуги, его профессиональном образовании и квалификации, график работы;
- Информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- Сроки ожидания предоставления платных услуг;
- Местонахождение, режим работы Исполнителя, перечень платных медицинских услуг с указанием их стоимости, условия предоставления и получения этих услуг;
- Иные сведения, по требованию Заказчика/Пациента, связанные с оказываемой медицинской услугой и подлежащие разглашению в соответствии с действующим законодательством.

5.3. Основанием для предоставления медицинских услуг является добровольное желание Заказчика/Пациента получить медицинские услуги за плату, наличие медицинских показаний и технической возможности для оказания медицинских услуг.

5.4. Лечащий врач в соответствии с медицинскими показаниями и возможностями, после осмотра Пациента устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения, предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информирует об этом Пациента и получает его письменное информированное добровольное согласие, Стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что Пациент достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предполагаемых результатах лечения, о возможности негативных последствий предлагаемых способов диагностики и лечения, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях

отказа от предлагаемого лечения, об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, и является выражением добровольного информированного согласия пациента на предложенное медицинское вмешательство, составляет предварительный план лечения, после этого проводится комплекс диагностических, лечебных мероприятий в соответствии с диагнозом и предварительным планом лечения.

5.5. Срок оказания услуг, а также их объем и стоимость зависят от состояния здоровья Пациента диагноза, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг. Срок оказания услуги начинается с факта обращения Пациента к Исполнителю.

5.6. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость оказания дополнительных услуг, то они оказываются только после получения письменного согласия Пациента.

5.7. Если в процессе оказания услуг потребуется предоставление дополнительных услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя, то они оказываются без взимания платы в соответствии с ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан РФ".

5.8. Пациент дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Пациента, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

6.1. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания медицинских услуг в случаях несоблюдения Заказчиком/Пациентом рекомендаций по лечению и подготовке к проведению диагностических исследований.

6.2. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.

6.3. В остальных случаях стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

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

7.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, непредусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента и Заказчика. Без согласия Пациента Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

7.3. В случае отказа Заказчика и/или Пациента после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг настоящий Договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика и Пациента о

расторжении настоящего Договора по инициативе Заказчика и/или Пациента, при этом Заказчик оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. Настоящий Договор считается заключенным с момента его подписания Сторонами и действует до ____ ____ 20__ года, а в части расчетов до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

Начало оказания услуг: ____ ____ 20__ года.

8.2. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика, третий – у Пациента.

8.3. До заключения настоящего Договора Исполнитель уведомил в письменной форме Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика.

8.4. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

8.5. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

- Приложение № 1 – Информированное добровольное согласие Пациента;
- Приложение № 2 – Согласие на обработку персональных данных;
- Приложение № 3 – Спецификация;
- Приложение № 4 - Акт об оказании платных медицинских услуг.

9. АДРЕСА, ПОДПИСИ И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ	ЗАКАЗЧИК	ПАЦИЕНТ
АО «Московское ПрОП» Юридический адрес: 125412, г. Москва, Коровинское шоссе, д. 17А Фактический адрес: 610025, г. Киров, ул. Мельничная, д. 32 Почтовый адрес: 610025, г. Киров, ул. Мельничная, д. 32 ИНН 7743384198, КПП 434543002, ОГРН 1227700368279 Банк получателя:	Ф.И.О. _____ _____ г.р., паспорт _____, выдан _____.____.20__ _____ Зарегистрирован: Проживает: Тел.	Ф.И.О. _____, _____ г.р. паспорт _____, выдан _____.____.20__ _____ _____, зарегистрированного по адресу: _____

Кировское отделение №8612 ПАО Сбербанк г. Киров р/с 40502810627020100096, к/с 30101810500000000609, БИК 043304609 Телефон/факс (8332) 37- 22-49, Электронная почта: prop@prop-kirov.ru		
	/	/

Настоящим я, *Ф.И.О. Заказчика*, _____ *г.р.*, паспорт _____, выдан _____.20____, зарегистрирован: _____, даю согласие на обработку моих персональных данных, а именно: на действия, совершаемые с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение моих персональных данных, АО "Московское ПрОП»" (ОГРН: 1227700368279, ИНН: 7743384198), расположенному по адресу: 610025, г. Киров, ул. Мельничная, д.32. Перечень моих персональных данных, на обработку которых даю согласие: фамилия, имя, отчество, паспортные данные, адрес места жительства. Согласие даю на срок действия настоящего договора, а после прекращения договора - в течение установленного срока хранения документов.

Дата: _____ 2023 г. _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи от руки)

Приложение № 1 к Договору оказания
платных медицинских услуг в амбулаторных
условиях от ____ . ____ .20 ____

Информированное добровольное согласие
на получение платных медицинских услуг

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина), " ____ " _____
года рождения, паспорт: серия _____ N _____, выдан " ____ " _____
_____ г. _____, зарегистрированный(ая) по адресу:
_____ (адрес места жительства гражданина либо законного
представителя), даю информированное добровольное согласие на получение
платных медицинских услуг мной или лицом, законным представителем
которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в _____ (полное
наименование медицинской организации).

Медицинским работником _____ (должность,
Ф.И.О. медицинского работника) в доступной для меня форме мне разъяснены
цели, методы получения платных медицинских услуг, связанный с ними риск,
возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе
вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты
оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких
видов медицинских вмешательств при получении платных медицинских услуг
или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев,
предусмотренных [ч. 9 ст. 20](#) Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об
основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с [п. 5 ч. 5 ст. 19](#)
Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья
граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о
состоянии моего здоровья, в том числе после моей смерти, или состоянии лица,
законным представителем которого я являюсь, в том числе после его смерти
(ненужное зачеркнуть).

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

" ____ " _____ г.

(дата оформления)

Приложение № 2 к Договору оказания
платных медицинских услуг в амбулаторных
условиях от ____ . ____ .20 ____

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных пациента

Я, нижеподписавшийся _____
(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный по адресу: _____,

проживающий по адресу: _____,

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____,

выдан _____

(дата и название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **я даю свое согласие** на обработку АО «**Московское ПрОП**», расположенному по адресу: г. Киров, ул. Мельничная, д. 32 (далее – Оператор), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), реквизиты справки МСЭ, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах моего обследования, лечения и учета следующим лицам:

- должностным лицам Оператора, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором на основании заключенного с ним договора;

- страховым медицинским организациям (в рамках ОМС), контролирующим органам: ФОМС, ТФОМС, Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Росстату, иным государственным органам.

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 дополнительного письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ 20__ г. и действует бессрочно. Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Подпись субъекта персональных данных _____ / _____

Приложение № 3 к Договору оказания
платных медицинских услуг в амбулаторных
условиях от ____ . ____ .20 ____

СПЕЦИФИКАЦИЯ

№ п/ п	Наименование Услуг	Код Услуг	№ по прейскуранту	Количество	Общая стоимость
1					
2					

ИСПОЛНИТЕЛЬ	ЗАКАЗЧИК
АО «Московское ПрОП»	
	/

Приложение № 4 к Договору оказания
платных медицинских услуг в амбулаторных
условиях от ____ . ____ .20 ____

Акт об оказании платных медицинских услуг

Мы, нижеподписавшиеся, ИСПОЛНИТЕЛЬ – АО «Московское ПрОП», в лице _____, действующего на основании доверенности от __.__.2023 года № _____, с одной стороны и ЗАКАЗЧИК - _____, _____ г.р., паспорт _____, выдан __.__.20____, с другой стороны, составили настоящий Акт о том, что ЗАКАЗЧИК заказал, а ИСПОЛНИТЕЛЬ выполнил следующие услуги:

№ п/п	Наименование Услуг	Код Услуг	№ по прејскуранту	Количество	Общая стоимость
1					
2					

Услуги оплачены в полном объеме.
Стороны претензий друг к другу не имеют.

ИСПОЛНИТЕЛЬ	ЗАКАЗЧИК
АО «Московское ПрОП»	
	/