**ДОГОВОР №\_\_\_**

на оказание платных медицинских услуг

|  |  |
| --- | --- |
| Дата составления договора | Место составления договора |
| «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_года | 297412, Республика Крым, г. Евпатория, ул. Демышева, д. 121, помещение 2 |

**СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА**

|  |
| --- |
| **СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ** |
| **Общество с ограниченной ответственностью «ИРИС»** (ОГРН 1149102131793,  ИНН 9110007566, адрес места нахождения: 297412, Республика Крым, г. Евпатория, ул. Демышева, д. 121, помещение 2; лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-82-01-000095от 22 .06. 2016 г., выданная МИНИСТЕРСТВОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ.  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: сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической. Контроль за организацией и качеством оказания платных медицинских услуг, а также правильностью взимания платы за оказанные платные медицинские услуги осуществляет в пределах своей компетенции Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, адрес: 295034, г. Симферополь, Республика Крым, ул. Набережная, 67, тел.+7(978)919-11-43; Управление Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Республике Крым и городу федерального назначения Севастополю, адрес: 295034, г.Симферополь, Республика Крым, ул.Полевая,24/ул.Троллейбусная,23, телефон: +7(3652)60-16-86,)  именуемое далее «ИСПОЛНИТЕЛЬ», в лице генерального директора Кичатовой Ирины Игоревны**,** действующего (-ей) на основании Устава, с одной стороны и   |  | | --- | |  | |  | |
| **СВЕДЕНИЯ О ПОТРЕБИТЕЛЕ** |
| Фамилия, имя, отчество (если имеется): |
| именуемый (-ая) далее «ПОТРЕБИТЕЛЬ», действующий (-ая) на основании гражданской право- и дееспособности, с другой стороны, |
| **СВЕДЕНИЯ О ЗАКОННОМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ (если договор заключается представителем)** |
| Фамилия, имя,отчество (если имеется): |
| именуемый (-ая) далее «ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ», действующий (-ая) на основании (указать документ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны, |
| именуемые далее «**Стороны**», а отдельно «**Сторона**»,  заключили настоящий договор (далее – «Договор») о нижеследующем: |

**УСЛОВИЯ ДОГОВОРА**

|  |
| --- |
| **1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ**  **1.1. Если иное не установлено в настоящем Договоре, определения, используемые в настоящем Договоре, будут иметь значения, как указано ниже:**  - «платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании настоящего Договора, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;  - «потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;  - «исполнитель» - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Потребителям;  - «медицинская организация» - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;  - «медицинский работник» - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности.  **2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**  2.1. По настоящему Договору Исполнитель обязуется (поручая врачу – стоматологу, Ф.И.О. которого прописывается в Приложении №2 к настоящему Договору) предоставить Потребителю платные медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности, согласно Прейскуранту цен (тарифов) на медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденному в установленном порядке, а Потребитель/Законный представитель обязуется принять и оплатить оказанные услуги.  2.1.1. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, утвержденными в установленном порядке.  2.1.2. Медицинские услуги предоставляются в полном объеме порядка и стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Потребителя/Законного представителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в большем объеме, чем предусмотрено стандартом медицинской помощи.  2.1.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя/Законного представителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, которое является Приложением №1 к настоящему Договору.  2.2. Перечень платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором, с указанием их стоимости определяется в Приложении №2, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.  2.3. Потребитель/Законный представитель, что до подписания настоящего Договора Исполнитель:  - уведомил Потребителя/Законного представителя 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя;  - ознакомил Потребителя/Законного представителя с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 №1006;  - ознакомил Потребителя/Законного представителя с Перечнем работ (услуг), отраженным в выданной Исполнителю лицензии на медицинскую деятельность, Положением о порядке, условиях и правилах предоставления платных медицинских услуг пациентам в ООО «ИРИС», действующим в ООО «ИРИС» Прейскурантом цен (тарифов) Исполнителя на платные медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке, Положением об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании платных медицинских услуг в ООО «ИРИС».  2.4. Подписывая настоящий Договор, получив в доступной форме информацию о состоянии здоровья, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также о результатах проведенного лечения, Потребитель/Законный представитель дает свое согласие на предоставление платных медицинских услуг, оговоренных в настоящем Договоре, а также на обработку его персональных данных по форме Приложения № 3 к Договору.  2.5. Срок оказания Услуг определяется лечащим врачом с момента записи Пациента на прием и зависит от состояния здоровья Пациента, периода, необходимого для изготовления стоматологического изделия и графика работы врача.  **3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**  3.1. Исполнитель обязуется:  3.1.1. Оказать (поручая врачу – стоматологу, Ф.И.О. которого прописывается в Приложении №2 к настоящему Договору) Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых Потребителю платных медицинских услуг согласно п. 2.2. настоящего Договора.  3.1.2. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, после внесения Потребителем денежных средств, в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.  3.1.3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.  3.1.4. Вести медицинскую документацию в установленном порядке и обеспечить Потребителю/Законному представителю непосредственное ознакомление по его требованию с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья Потребителя (включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях и т. п.) и выдать копии этих медицинских документов, в порядке, предусмотренном законодательством РФ.  3.1.5. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.  3.1.6. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.  3.1.7. При оказании услуг обеспечивать использование разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, лечебного питания, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств, расходных материалов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования.  3.2. Потребитель/Законный представитель обязуется:  3.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, перечень которых указан в Приложении №2, непосредственно после каждого приема у врача в размере полной стоимости фактически оказанных в данное посещение медицинских услуг. Стоимость фактически оказанных медицинских услуг определяется на основании калькуляции по прейскуранту цен платных медицинских услуг с учетом всех расходов, связанных с предоставлением этих услуг, по ценам, действующим на момент оказания медицинских услуг, согласно Прейскуранту цен (тарифов), и в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора.  3.2.2. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.  3.2.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги но настоящему Договору.  3.2.4. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.  3.2.5. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору от употребления лекарственных средств, в том числе наркосодержащих, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.  3.2.6. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых медицинских препаратов, лекарственных средств, лекарственных трав и т. д.  3.2.7. Соблюдать график приема врачей, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.  3.2.8. Соблюдать Правила поведения пациентов и иных посетителей в ООО «ИРИС» в медицинской организации, правила техники безопасности и пожарной безопасности.  3.2.9. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Исполнителя и/или лиц его сопровождающих Потребитель/Законный представитель обязуется в течение трех календарных дней возместить действительный нанесенный ущерб в полном объеме.  3.3. Исполнитель имеет право:  3.3.1. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Потребителя/Законного представителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в большем объеме, чем предусмотрено стандартом медицинской помощи.  3.3.2. Требовать от Потребителя**/**Законногопредставителяпредоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.  3.3.3. Требовать от Потребителя**/**Законногопредставителя бережного отношения к имуществу Исполнителя.  3.3.4. Отказать в оказании платных медицинских услуг при:  - выявлении противопоказаний у Потребителя;  - нарушении им условий настоящего Договора;  - выявлении у Потребителя алкогольного или наркотического опьянения;  - препятствования Потребителя оказанию услуг.  3.4. Потребитель/Законный представитель имеет право:  3.4.1. Выбрать врача-специалиста.  3.4.2. Получить медицинские услуги в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям, в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Потребителя/Законного представителяв виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в большем объеме, чем предусмотрено стандартом медицинской помощи.  3.4.3. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, определить лиц, которым в интересах Потребителя может быть передана информация о состоянии его здоровья.  3.4.4. Требовать соблюдения режима защиты сведений, составляющих врачебную тайну.  3.4.5. Отказаться от медицинского вмешательства.  3.4.6. Получить возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании медицинской помощи, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.  3.4.7. Потребовать от Исполнителя предоставления для ознакомления:  - копии учредительных документов Исполнителя;  - копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией.  3.4.8. После оплаты медицинских услуг требовать выдачи документа, подтверждающего произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.  **4. ЦЕНА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ**  4.1. Перечень и стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю по Договору, согласованы Сторонами и закреплены в Приложении № 2 к Договору.  4.2. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен (тарифов) платных медицинских услуг, утвержденному Исполнителем и действующему на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора.  При этом Потребитель/Законный представитель осознает, что в соответствии с действующим законодательством Исполнитель вправе определять цены (тарифы) на предоставляемые платные медицинские услуги самостоятельно, и подтверждает, что понимает содержащуюся в Прейскуранте информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.  4.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, [стоимость услуг может быть изменена](http://www.uristhome.ru/document/33/protokol-soglasheniya-po-dogovornoi-tsene) Исполнителем с согласия Потребителя с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия Потребителя/Законного представителя, Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.  4.4. Оплата медицинских услуг по настоящему договору, перечень которых указан в Приложении №2, осуществляется Потребителем/Законным представителем непосредственно после каждого приема у врача в размере полной стоимости фактически оказанных в данное посещение медицинских услуг путем внесения наличных денежных средств (в рублях) непосредственно в кассу ООО «ИРИС» с выдачей Потребителю/Законному представителю документа, подтверждающего произведенную оплату медицинских услуг, установленного образца.  **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**  5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.  5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.  5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье.  5.4.  Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Потребителем/Законным представителем условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, а также в случае, если Потребитель/Законный представитель не проинформировал Исполнителя о перенесенных Потребителем заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.  5.5. Ни одна из сторон настоящего договора не несет ответственности перед другой стороной за невыполнение обязательств, обусловленное обстоятельствами, возникшими помимо воли и желания сторон, которые нельзя предвидеть или предотвратить (непреодолимая сила), включая объявленную или фактическую войну, гражданские волнения, эпидемии, блокаду, землетрясения, наводнения, пожары и другие стихийные бедствия, а также запретительные действия властей и акты государственных органов. Документ, выданный соответствующим компетентным органом, является достаточным подтверждением наличия и продолжительности действия обстоятельств непреодолимой силы.  5.6. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров, а в случае недостижения согласия - в судебном порядке в соответствии с действующим процессуальным законодательством. Соблюдение претензионного порядка до обращения в суд является обязательным для Сторон. Срок ответа на претензию – 15 календарных дней с момента ее получения Стороной.  **6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**  6.1.  Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до полного выполнения обязательств Сторон по Договору (не позднее 31 декабря текущего года).  6.2. Настоящий Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному дополнительным письменным соглашением.  6.3. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.  6.4. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору.  6.5. Н**астоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя/Законного представителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя/Законного представителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. При этом Потребитель/Законный представитель оплачивает Исполнителю фактически оказанные услуги и иные понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.**  **7.КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**  7.1. Исполнитель обязуется охранять информацию о факте обращения **Потребителя/Законного представителя** за медицинской помощью, состоянии здоровья Потребителя, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).  7.2. С согласия **Потребителя/Законного представителя** допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя.  7.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия **Потребителя/Законного представителя** допускается в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.  **8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**  8.1. Настоящий Договор заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.  8.2. Отношения Сторон, не урегулированные этим Договором, регулируются законодательством Российской Федерации и Республики Крым.  8.3. Лица, которые подписали настоящий договор, утверждают друг другу и сообщают всем заинтересованным в том лицам, что: в момент заключения настоящего Договора они осознавали (и осознают) значение своих действий и могли (могут) руководить ими; понимают природу этой сделки, свои права и обязанности по договору; при заключении договора отсутствует какой-либо обман или другое сокрытие фактов, которые имели бы существенное значение и были заведомо скрыты ими; договор заключается ими в соответствии с действительной волей, без применения физического или психического давления; договор заключается на выгодных для сторон условиях и не является результатом влияния тяжелых для Участника обстоятельств; сделка совершается с намерением создания соответствующих правовых последствий (не является фиктивной); эта сделка не скрывает другую сделку (не является притворной).  8.4.Все уведомления, запросы, извещения, требования и иные сообщения по вопросам, связанным и вытекающим из настоящего Договора, должны быть совершены в письменной форме и могут быть доставлены посредством личного вручения по роспись Стороне Договора или его уполномоченному представителю, а также заказной корреспонденцией с описью вложения.  8.5. Неотъемлемыми приложениями к Договору являются:  Приложение №1 - Информированное добровольное согласие;  Приложение №2 - Перечень платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю в соответствии с Договором;  Приложение №3 - Согласие на обработку персональных данных. |

**АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ – ООО «ИРИС»** | | |
| Юридические: | Адрес: | 297412, Республика Крым, г. Евпатория, ул. Демышева, д. 121, офис 2 |
| ОГРН | 1149102131793 |
| ИНН/КПП | 9110007566/911001001 |
| Почтовые: | 297412, Республика Крым, г. Евпатория, ул. Демышева, д. 121, офис 2 | |
| Банковские: | Банк |  |
| р/с |  |
| БИК |  |
| к/с |  |
| Контактные: | Телефон: (06569) 4-40-04, +7 (978) 730-77-34, e-mail: [stomatologiya.iris@mail.ru](mailto:stomatologiya.iris@mail.ru) | |
| **ПОТРЕБИТЕЛЬ –** | | |
| Почтовые: | Адрес: | |
| Контактные: | Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПОТРЕБИТЕЛЯ –** | | |
| Почтовые: | Адрес: | |
| Контактные: | Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

**ПОДПИСИ УПОЛНОМОЧЕННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СТОРОН**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование Стороны | Должность, ФИО подписанта (полностью) | Подпись, печать |
| Исполнитель | Ген.директор Кичатова Ирина Игоревна |  |
|  | | |
| Потребитель  Законный представитель |  |  |

Приложение № 1

к договору на оказание платных медицинских услуг

№\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_201\_ г.

**Информированное добровольное согласие**

**на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов**

**медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.**

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: сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, ортодонтии.

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. рождения, зарегистрированный по адресу: |

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5.05.2012 № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

**Обществе с ограниченной ответственностью «ИРИС»**.

(полное наименование медицинской организации)

врачом – стоматологом

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, 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, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. медицинского работника) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  | 201\_ | г. |

(дата оформления)

Приложение № 3

к договору на оказание платных медицинских услуг

№\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ г.

СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Ф.И.О. субъекта персональных данных:

Адрес регистрации:

Документ, удостоверяющий личность:

Серия, номер и дата выдачи:

Орган, выдавший документ:

Ф.И.О. законного представителя

субъекта персональных данных:

Адрес регистрации:

Документ, удостоверяющий личность:

Серия, номер и дата выдачи:

Орган, выдавший документ:

Даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «ИРИС» (далее - Оператор), расположенному по адресу: 297412, Республика Крым, г. Евпатория, ул. Демышева, д. 121, офис 2, на обработку моих/представляемого лица персональных данных для осуществления медико-профилактических целей, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающихся медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну по следующему перечню персональных данных: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу.

Предоставляю Оператору право осуществлять ведение персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности.

В случае, если Оператор поручит обработку персональных данных другому лицу, ответственность перед субъектом персональных данных за действия указанного лица несет Оператор. Лицо, осуществляющее обработку персональных данных по поручению Оператора, несет ответственность перед Оператором.

Даю согласие субъекта персональных данных на обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) в течение срока хранения медицинской карты стоматологического(амбулаторного) больного (форма медицинской документации № 043/у) - двадцать пять лет.

Оставляю за собой право отозвать согласие субъекта персональных данных (законного представителя) на обработку его персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое будет вручено лично под расписку представителю Оператора или направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_ г.

Субъект персональных данных: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Законный представитель субъекта персональных данных: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_