

## СОГЛАСИЕ пациента на обработку персональных данных

Я \_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество)

Зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(место регистрации)

паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
(серия и номер)

\_\_\_\_\_ (сведения о дате выдачи и о выдавшем органе)

Законный представитель \_\_\_\_\_  
(мать, отец, усыновитель, попечитель, опекун)

\_\_\_\_\_ (Фамилия, Имя, Отчество представляемого, дата рождения)

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол, дата рождения (возраст), гражданство, адрес регистрации (места жительства), телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), семейное положение, состав семьи, сведения о родственниках, телефоны родственников, сведения о бытовых, производственных условиях, место работы (учебы), должность, сведения о наличии группы инвалидности, данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, диагноз, сопутствующие заболевания, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях - Государственному бюджетному учреждению здравоохранения Нижегородской области «Противотуберкулезный диспансер Канавинского района г. Н. Новгорода» (далее – Оператор).

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. Оператор имеет право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность, целостность и доступность в соответствии с федеральным законодательством о защите персональных данных. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара) и пять лет (для поликлиники).

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

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (дата)

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

г. Н. Новгород

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Противотуберкулезный диспансер Канавинского района г. Н. Новгорода» (ГБУЗ НО «ПТД Канавинского района г. Н. Новгорода»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Шмелева Ивана Владимировича, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин (ка)

(ФИО)

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

## 1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Определения, используемые в настоящем Договоре:

- **«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 РФ;
- **«Платные медицинские услуги»** - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан;
- **«Исполнитель»** - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Потребителю;
- **«Потребитель»** - физическое лицо, получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором.

## 2. СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ

2.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Противотуберкулезный диспансер Канавинского района г. Н. Новгорода».

2.2. Адрес местонахождения: 603002, г. Нижний Новгород, ул. Вокзальная, д.18.

2.3. Адрес места оказания медицинских услуг: 603002, г. Нижний Новгород, ул. Вокзальная, д.18.

2.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществляющего госрегистрацию: ОГРН 1052313092963, дата регистрации – 02.12.2002г., данные о регистрирующем органе – инспекция Федеральной налоговой службы России по Канавинскому району г. Н. Новгорода.

2.5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации, наименование, адрес местонахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: регистрационный номер лицензии № ЛО-52-01-004435 от 02.10.2014г., выдана Министерством здравоохранения Нижегородской области, адрес: г. Н. Новгород, ул. М. Ямская, д.78, срок действия - бессрочно), тел.(831)435-31-91.

Информация о перечне работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ГБУЗ НО «ПТД Канавинского района г. Н. Новгорода» в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, копия которой находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет <https://www.kantub.mznn.ru>.

## 3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

3.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги (далее – «Услуги») согласно перечню видов медицинской деятельности, осуществление которых разрешено Исполнителю лицензией, а Потребитель принять и оплатить их по прейскуранту Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора.

По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Потребителю на возмездной основе следующие медицинские услуги:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	цена	кол-во	сумма

3.2. Срок ожидания предоставления платных медицинских услуг, указанных в п.3.1. Договора составляет - 7 рабочих дней.

Информация о сроках оказания услуг расположена на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: <https://www.kantub.mznn.ru>.

3.3. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, а также в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории РФ, утвержденными в установленном порядке.

3.4. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя) и Согласия на обработку персональных данных.

## 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

### 4.1. Исполнитель имеет право:

- Требовать от Потребителя соблюдения правил поведения (правил внутреннего распорядка) в Учреждении. Отказать Потребителю в оказании услуг при несоблюдении указанных правил поведения.
- Требовать от Потребителя предоставления сведений и документов, необходимых для оказания медицинских услуг по настоящему договору.
- Отсрочить или отменить оказание медицинской услуги, в том числе в день назначения, в случае обнаружения у Потребителя противопоказаний.
- Оставить в своем распоряжении результаты обследований, рентгеновские снимки.
- При отсутствии возможностей у Исполнителя для проведения диагностических, консультационных, вправе направить Потребителя в иную медицинскую организацию.
- Требовать оплаты оказанных услуг.
- Устанавливать систему видеонаблюдения, направленную на обеспечение безопасности рабочего процесса, поддержание порядка, предупреждение возникновения чрезвычайных ситуаций и обеспечение объективности расследования в случаях их возникновения.

#### **4.2. Потребитель имеет право:**

- Требовать предоставление услуг надлежащего качества, получать исчерпывающую информацию о предоставляемых услугах, информацию о состоянии своего здоровья, о результатах оказания услуг.
- Требовать от Исполнителя предоставления информации об оказываемых им платных медицинских услугах, а также копий медицинской документации.
- Получить документы для социального вычета.
- На получение информации о своих правах и обязанностях, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.
- На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.
- требовать соблюдения Исполнителем сроков предоставления платных медицинских услуг, оказываемых по настоящему договору.
- Расторгнуть договор путем оформления Соглашения о расторжении договора об оказании платных медицинских услуг при условии полной оплаты части оказанных услуг, фактически выполненных до получения письменного обращения об отказе Потребителя от исполнения договора.
- 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.

#### **4.3. Исполнитель обязан:**

- Предоставить Потребителю информацию о перечне платных услуг с указанием их стоимости по прейскуранту, условиях их получения, а также сведениями об уровне профессионального образования и квалификации медицинских работников, участвующих в оказании услуг.
- Оказать услуги с надлежащим качеством и с соблюдением требований, предъявляемых к методам диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ.
- Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.
- Выдать Потребителю документ, подтверждающий оплату предоставленных медицинских услуг. Выдать по письменному обращению Потребителя документы, подтверждающие фактические расходы Потребителя на оказанные медицинские услуги.
- Соблюдать врачебную тайну, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

#### **4.4. Потребитель обязан:**

- Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление услуг, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья, включая сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарств, препаратов и процедур, о проводимом ранее лечении, принимаемых препаратах.
- Оплатить оказанные медицинские услуги в порядке, сроки и на условиях, установленных настоящим договором.
- Соблюдать правила внутреннего распорядка в Учреждении Исполнителя, подписывать информированные добровольные согласия на оказание услуг, приложения к настоящему Договору.
- Соблюдать правила поведения в общественных местах: громко не разговаривать, не шуметь, вести себя корректно по отношению к посетителям и сотрудникам, не распивать спиртные напитки, не употреблять наркотические средства, психотропные и токсические вещества; не появляться в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения (оценивается по внешним признакам); не пользоваться служебными телефонами без разрешения должностных Исполнителя и т.д.
- Соблюдать правила запрета курения в медицинских учреждениях.
- Соблюдать правила техники безопасности и пожарной безопасности.
- Соблюдать санитарно-противоэпидемический режим: верхнюю одежду оставлять в гардеробе, проходить в помещение Учреждения в бахилах (бахилы можно получить у регистратора).
- В случае отказа от предоставляемых услуг, письменно уведомить об этом Исполнителя и расторгнуть договор, оплатив оказанные услуги и все фактические понесенные Исполнителем расходы.

## **5. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, ПОРЯДОК И СРОКИ ОПЛАТЫ**

5.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю определяется в соответствии с действующим Прейскурантом Исполнителя цен и составляет \_\_\_\_\_.

5.2. Стоимость платных медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен (тарифов) платных медицинских услуг, действующему на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора.

5.3. Потребитель осуществляет 100% предоплату медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору безналичным платежом или наличными денежными средствами путем внесения в кассу Исполнителя. Исполнитель выдает Потребителю документ, подтверждающий оплату предоставляемых медицинских услуг.

5.3. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения платных медицинских услуг, Договор расторгается, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

## **6. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ (КОПИЙ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ, ВЫПИСОК ИЗ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ)**

6.1. Исполнитель после исполнения настоящего Договора выдает Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

6.2. Для получения впоследствии копий медицинских документов или выписок из них Потребитель либо его законный представитель вправе представить соответствующий запрос на бумажном носителе (при личном обращении или по почте), либо запрос, сформированный в форме электронного документа, подписанного Потребителем либо его законным представителем с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (далее - Единый портал государственных и муниципальных услуг), единой системы идентификации и аутентификации, федеральных государственных информационных систем в сфере здравоохранения, государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинских информационных систем медицинских организаций и иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг.

Запрос составляется в свободной форме и содержит данные в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 789н (сведения о Потребителе: фамилия, имя, отчество (при наличии); реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента; адрес места жительства (места пребывания); почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и (в случае, если имеется) номер контактного телефона, адрес электронной почты (при наличии); сведения о законном представителе; наименования запрашиваемых документов; сведения о способе получения документов; дата подачи запроса и подпись заявителя).

При подаче запроса лично, а также при личном получении копии медицинских документов и выписок из них Потребитель либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель потребителя дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.

В случае выбора способа получения Потребителем (его законным представителем) запрашиваемых документов по почте соответствующие документы направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

В случае отсутствия в запросе необходимых вышеуказанных сведений и (или) документа, подтверждающего статус законного представителя, Исполнитель в письменной или электронной форме информирует об этом Потребителя либо его законного представителя в срок, не превышающий 14 календарных дней со дня регистрации в медицинской организации запроса.

Предоставление Потребителю либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 рабочих дней с момента подачи заявления Заказчиком (Потребителем).

6.3. Справки и медицинские заключения выдаются Исполнителем Потребителю в соответствии с Порядком выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений, утвержденным Приказом МЗ РФ от 14.09.2020г. №972н.

## **7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

7.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

7.2. Исполнитель не несет ответственности за оказание платных медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случае предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье.

7.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора в случае, когда причиной неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора.

7.4. Исполнитель не несет ответственности перед Потребителем за качество оказанных услуг или времени их исполнения при нарушении Потребителем своих обязанностей.

7.5. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

## 8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора Стороны обязуются решать путем переговоров, в том числе в претензионном порядке.

8.2. Все претензии оформляются в письменном виде. Потребитель может направить обращение (жалобу) на бумажном носителе по почте, в электронном виде с использованием информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" на электронную почту Исполнителя: [ptd\\_kanavinskiy\\_nn@mail.52gov.ru](mailto:ptd_kanavinskiy_nn@mail.52gov.ru), а также при личном приеме Потребителя. Срок рассмотрения писем, уведомлений или претензий не может превышать 10 (десять) рабочих дней с даты их получения.

Потребитель вправе направить обращение (жалобу) через официальный сайт органа государственного надзора, иных уполномоченных федеральных органов исполнительной власти,

*Территориальный отдел Управления Роспотребнадзора по Нижегородской области*

Адрес: 603950, г. Н. Новгород, ул. Тургенева, дом 1, приемная: 8 (831) 43-64-165, e-mail: sanepid@sinn.ru

*Росздравнадзор по Нижегородской области*

Адрес: 63006, г. Н. Новгород, ул. Варварская, дом 32, тел.(831)419-92-04, e-mail:info@reg52.roszdravnadzor.gov.ru.

8.3. При не урегулировании Сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке.

## 9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору действительны лишь при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

9.2. Во всём, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

9.3. Все приложения и дополнительные соглашения, созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

9.4. Расторжение Договора возможно по факту выполнения сторонами всех обязательств по Договору, по инициативе Потребителя, оплатив Исполнителю по прейскуранту фактически понесенные Исполнителем расходы, по инициативе Исполнителя, если Потребитель отказывается следовать рекомендациям Исполнителя, либо иным образом нарушает правила оказания услуг Исполнителем, по обоюдному согласию Сторон, путем направления письменного предложения о расторжении Договора, в соответствии с пунктами настоящего Договора, либо в спорных случаях - по решению суда согласно Законодательству РФ.

9.5. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. Один экземпляр находится у Исполнителя, второй у Потребителя.

## 10. АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

### Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение  
здравоохранения Нижегородской области  
«Противотуберкулезный диспансер Канавинского  
района г. Н. Новгород»  
адрес: 603002,г.Н.Новгород,ул.Вокзальная,18  
ОГРН1025202404083  
ИНН 5257045570  
КПП 525701001  
Р/с 40601810422023000001  
Волго-Вятское ГУ Банка России г. Н. Новгород  
Министерство Финансов Нижегородской области  
(ГБУЗ НО «ПТД Канавинского района  
г. Н. Новгорода» л/с 24001040540)  
БИК 042202001

Главный врач  
\_\_\_\_\_/И.В. Шмелев/  
М.П.

### Потребитель:

Ф \_\_\_\_\_  
И \_\_\_\_\_  
О \_\_\_\_\_  
адрес: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
паспорт  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
дата выдачи \_\_\_\_\_  
тел. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

