

Государственное бюджетное учреждение
«Городецкий психоневрологический интернат»

ПРИКАЗ

«01» июня 2018г.

г. Городец

№ 355

Об утверждении Положений о порядке предоставления платных услуг государственным бюджетным учреждением «Городецкий психоневрологический интернат» и его филиалами в с.Воронино и пос.Смиркино.

В целях наиболее полного удовлетворения потребности получателей социальных услуг ГБУ «Городецкий ПНИ» и его филиалов в с.Воронино и пос.Смиркино в социальных услугах, расширения их перечня, а также получения дополнительных доходов для развития учреждения

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить и ввести в действие с 01.06.2018г. Положение о порядке предоставления платных услуг получателям социальных услуг государственного бюджетного учреждения «Городецкий психоневрологический интернат» и его филиалов в с.Воронино и пос.Смиркино (Приложение №1 к настоящему приказу).
2. Утвердить и ввести в действие с 01.06.2018г. Положение о порядке предоставления платных услуг государственным бюджетным учреждением «Городецкий психоневрологический интернат» и его филиалами в с.Воронино и пос.Смиркино (Приложение №2 к настоящему приказу).
3. Положение о порядке предоставления платных услуг клиентам государственного бюджетного учреждения «Городецкий психоневрологический интернат» и его филиалов в с.Воронино и пос.Смиркино, утвержденное приказом директора от 28.04.2016г. №197, признать утратившим силу.
4. Приказ «О внесении изменений в Положение о порядке предоставления платных услуг клиентам государственного бюджетного учреждения «Городецкий психоневрологический интернат» и его филиалов в с.Воронино и пос.Смиркино от 29.09.2018г. №420а признать утратившим силу.
5. Положение об оказании платных услуг государственным бюджетным учреждением «Городецкий психоневрологический интернат» и его филиалами в с.Воронино и пос.Смиркино, утвержденное приказом директора от 07.04.2016г. №168, признать утратившим силу.
6. Приказ «О внесении изменений в приказ «Об утверждении Положения об оказании платных услуг государственным бюджетным учреждением «Городецкий психоневрологический интернат» и его филиалами в с.Воронино и пос.Смиркино от 26.10.2017г. №495 признать утратившим силу.
7. Приказ «Об утверждении формы договора о возмездном оказании услуг и оказании платных медицинских услуг» от 28.11.2017г. №561 признать утратившим силу.
8. Начальнику ИМО Фаренковой Ю.Е. разместить текст Положений на официальном сайте учреждения в срок до 08.06.2018г.
9. Экономисту Лебедевой С.Д. разместить текст Положений на стенде «Оказание платных услуг» в срок до 08.06.2018г.
10. Заведующим филиалами Линьковой О.А., Лебедеву Н.С. разместить текст Положений на стендах «Оказание платных услуг» в филиалах в срок до 08.06.2018г.
11. Контроль за исполнением данного приказа оставляю за собой.

Дир. ф.гор.



С.Б.Поздняков

к Положению о порядке предоставления платных услуг получателям социальных услуг государственного бюджетного учреждения «Городецкий психоневрологический интернат» и его филиалов в с. Воронино, пос. Смиркино

Договор на оказание платных медицинских услуг

г. Городец

Число, месяц, год

Государственное бюджетное учреждение «Городецкий психоневрологический интернат», в лице директора _____, действующего на основании Устава в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности N № ЛО-52-01-004895 от 18 июня 2015г., выданной Министерством здравоохранения Нижегородской области, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", с одной стороны, и гражданин _____ (Ф.И.О.), именуемый в дальнейшем «Потребитель», «Заказчик», с другой стороны, а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (Заказчика), обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить оказанные услуги.

1.2. Срок оказания медицинских услуг _____ до полного исполнения сторонами обязательств по настоящему договору.

1.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан (Приложение №1 к настоящему договору).

1.4. Исполнитель после исполнения настоящего договора выдает Потребителю (Заказчику) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья после получения платных медицинских услуг.

1.5. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном законодательством порядке.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с [Перечнем](#) оказываемых Потребителю платных медицинских услуг (Приложение №2 к настоящему договору) и тарифами на них, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

2.1.2. Оказывать медицинские услуги в полном объеме в соответствии с настоящим договором после внесения Потребителем Заказчиком) денежных средств в порядке, определенном [разделом 3](#) настоящего договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

2.1.3. По требованию Потребителя (Заказчика) предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах и о медицинском работнике, оказывающем услугу (его профессиональном образовании и квалификации).

2.1.4. Исполнитель предоставляет Потребителю (Заказчику) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.5. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.

2.1.6. Немедленно извещать Потребителя (Заказчика) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1. Отказаться от исполнения настоящего договора в случае невыполнения Потребителем рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу.

2.2.2. При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Потребителю в проведении лечебно-диагностических процедур.

2.3. Потребитель (Заказчик) обязуется:

2.3.1. Оплатить стоимость предоставленных Исполнителем медицинских услуг в сроки и в порядке, которые определены настоящим договором.

2.3.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

2.3.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать информацию об исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

2.4.2. На выбор медицинского работника, оказывающего необходимые медицинские услуги.

2.5. Потребитель (Заказчик) обязан:

2.5.1. Сообщать достоверные сведения, обеспечивающие качественное и безопасное предоставление медицинской услуги, о состоянии своего здоровья, перенесенных заболеваниях, имеющихся аллергических реакциях на медикаменты и другие вещества, других противопоказаниях для качественного предоставления медицинской услуги.

2.5.2. Являться для получения медицинских услуг точно в указанный срок.

2.5.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

3.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется по ценам в соответствии с действующим тарифом на платные медицинские услуги, утвержденным Исполнителем.

3.2. Оплата медицинских услуг производится Потребителем (Заказчиком) до начала их оказания.

3.3. Потребителю (Заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных услуг, и талон на получение услуги.

3.4. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя (Заказчика) удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы возвращается Потребителю (Заказчику) не позднее трех дней с момента окончательных расчетов.

3.5. Заключение Потребителем (Заказчиком) договора на проведение медицинской услуги и факт ее получения одновременно означает и согласие Заказчика (Потребителя) на оплату этой услуги.

3.6. По факту оказания платных медицинских услуг составляется Акт выполненных услуг (Приложение №3 к настоящему договору).

3.7. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя (Заказчика), оплата услуг осуществляется в полном объеме.

4. Ответственность сторон

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную [законодательством](#) Российской Федерации.

4.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Заказчиком неполной информации о своем здоровье.

4.4. Потребитель (Заказчик) обязан возместить Исполнителю фактически произведенные расходы по оказанию услуги, если Исполнитель не смог или был вынужден прекратить ее оказания по вине Потребителя (Заказчика).

5. Конфиденциальность

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

5.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя (Заказчика) за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

5.3. Исполнитель получает от (Потребителя) Заказчика согласие на обработку персональных данных (Приложение №4 к настоящему договору). Персональные данные сохраняются и используются исключительно с целью выполнения данного Договора на протяжении срока его действия и срока, предусмотренного законодательством для хранения документов, в которых указаны такие данные, без права передачи таких данных третьим лицам.

5.4. Потребитель (Заказчик) может отозвать у Исполнителя свое согласие на обработку персональных данных (Приложение №5 к настоящему договору).

1. Заключительные положения

6.1. Потребителем медицинских услуг, оказываемых в рамках настоящего договора является

_____ фамилия, имя и отчество, адрес места жительства и телефон потребителя.

6.2. До заключения настоящего договора Исполнитель уведомил Потребителя (Заказчика) 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.

6.3. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

6.4. Любые изменения и дополнения к настоящему договору имеют силу только в том случае, если они оформлены в письменном виде и подписаны обеими Сторонами.

6.5. В случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Потребителя (Заказчика), при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.6. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон или по требованию одной из Сторон. В случае расторжения Договора по требованию одной из Сторон, Сторона, явившаяся инициатором расторжения, предупреждает другую Сторону не менее, чем за месяц до предполагаемой даты расторжения.

6.7. Настоящий договор может быть расторгнут в одностороннем порядке в случае систематического или существенного нарушения его условий одной из Сторон. Сторона – инициатор расторжения, письменно уведомляет об этом другую сторону за 30 календарных дней до даты предстоящего расторжения. Договор считается расторгнутым с момента истечения указанного срока.

6.8. Настоящий договор составлен в двух (трех) экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6.9. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

7. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель

ГБУ «Городецкий ПНИ»

606501, Нижегородская область,

г. Городец, ул. Речников, д. 7

телефон 8-(83161) 2-51-41, 2-53-84

ИНН 5248004144 КПП 52480001

ОГРН 1025201676169

Свидетельство о внесении записи в Единый

государственный реестр юридических

лиц серия о юридическом лице, 52 №

000405315, выданное Межрайонной

инспекцией МНС России № 5 по

Нижегородской области 30.11.2000г.

Потребитель (Заказчик)

Директор _____ / _____ /

Приложение № 1

к договору на оказание платных медицинских услуг

№ _____ от «___» _____ 20___ г.

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских
вмешательств, включенные в Перечень определенных видов
медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие для получения первичной
медико-санитарной помощи**

Я,

(Ф. И. О. гражданина, дающего информированное добровольное согласие)

«« «»

г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина)

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 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи, в государственном бюджетном учреждении «Городецкий психоневрологический интернат»

Медицинским
работником

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

в доступной для меня форме проинформирован (а), мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также проинформирован (а) о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. 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 ноября 2011 г. № 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 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья

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

(подпись)

(Ф. И. О. гражданина, дающего информированное добровольное согласие)

(подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника)

« »

г.

(дата оформления)

Информированное добровольное согласие

в отношении недееспособного лица

на виды медицинских

вмешательств, включенные в Перечень определенных видов

медицинских вмешательств, на которые граждане дают

информированное добровольное согласие для получения первичной

медико-санитарной помощи

Я, Поздняков Сергей Борисович, директор государственного бюджетного учреждения «Городецкий психоневрологический интернат», действующий на основании Устава, как законный

представитель
недееспособного

(Ф. И. О. недееспособного полностью)

на основании

(приказ (распоряжение) органа опеки и попечительства о возложении обязанностей опекуна на учреждение, номер, дата)

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 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи, в государственном бюджетном учреждении «Городецкий психоневрологический интернат»

Медицинским
работником

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

в доступной для меня форме проинформирован (а), мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также проинформирован (а) о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. Согласен на оказание

(Ф. И. О. недееспособного)

психиатрической помощи, проведение поддерживающей терапии, в том числе с применением нейролептиков.

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 ноября 2011 г. № 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 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в

в Российской Федерации» может быть передана

информация о состоянии здоровья

(Ф. И. О. недееспособного)

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

Поздняков С. Б.

(подпись)

(Ф. И. О. гражданина, дающего информированное добровольное согласие)

(подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника)

« »

г.

(дата оформления)

**Информированное добровольное согласие в отношении недееспособного лица
на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов
медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие для получения первичной
медико-санитарной помощи**

ЯЯ,

(Ф. И. О. полностью гражданина, дающего информированное добровольное
согласие/законного представителя)

Как законный представитель недееспособного

(Ф. И. О. недееспособного полностью)

« » года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

на основании

(приказ (распоряжение) органа опеки и попечительства о
возложении обязанностей опекуна, номер, дата)

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 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи, в государственном бюджетном учреждении «Городецкий психоневрологический интернат»

Медицинским
работником

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

в доступной для меня форме проинформирован (а), мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также проинформирован (а) о характере психического расстройства, целях, методах, включая

альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. Согласен на оказание

психиатрической помощи, проведение поддерживающей

(Ф. И. О. недееспособного)

терапии, в том числе с применением нейролептиков.

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 ноября 2011 г. № 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 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в

в Российской Федерации» может быть передана

информация о состоянии здоровья

(Ф. И. О. недееспособного)

.

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

(подпись)

(Ф. И. О. гражданина, дающего информированное добровольное согласие)

(подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника)

« »

г.

(дата оформления)

Приложение 2

к договору на оказание платных медицинских услуг

№ _____ от « ____ » _____ 20__ г.

Перечень оказываемых медицинских услуг

В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказать Потребителю следующие платные медицинские услуги:

№ п/п	Дата	Медицинские услуги	Стоимость услуги (руб.)
-------	------	--------------------	-------------------------

СОГЛАСОВАНО:

Зам. директора по мед. части _____ / _____ /

Заказчик:

_____ / _____ /

Приложение 3

к договору на оказание платных медицинских услуг

№ _____ от « ____ » _____ 20__ г.

Акт выполненных услуг к договору № _____ от « ____ » _____ 20__ г.

Исполнитель: Государственное бюджетное учреждение «Городецкий психоневрологический интернат»

Заказчик:

№ Наименование ПМУ

Кол-
во

Ед. Цена

Сумма

Итого:

В том числе НДС

Всего оказано услуг , _____ на сумму
_____ руб.

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Исполнитель

Заказчик

_____/_____/_____
/_____/

Приложение 4

к договору на оказание платных медицинских услуг

№ _____ от « ____ » _____ 20__ г.

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____, проживающий(ая) по адресу: _____, тел. № _____, паспорт серии _____, номер _____, выданный _____

_____ « ____ » _____ года, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие государственному бюджетному учреждению «Городецкий психоневрологический интернат, расположенному по адресу: Нижегородская область, г. Городец, ул. Речников, д.7 на обработку моих персональных данных (как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств), а именно:

фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии); пол; дата рождения; место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; место жительства; место регистрации; дата регистрации; страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования; номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии); 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.

Для обработки в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ГБУ «Городецкий ПНИ», в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю ГБУ «Городецкий ПНИ» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ГБУ «Городецкий ПНИ» вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Согласен на передачу моих персональных данных третьим лицам в объеме, необходимом для реализации вышеуказанных целей в целях обеспечения информационной поддержки деятельности медицинских организаций и территориальных органов управления здравоохранения.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ГБУ «Городецкий ПНИ» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ГБУ «Городецкий ПНИ»

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных ГБУ «Городецкий ПНИ» обязано прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

« ____ » _____ 20__ г. _____

(подпись)

(ФИО)

Приложение 5

к договору на оказание платных медицинских услуг

№ _____ от « ____ » _____ 20__ г.

Директору ГБУ «Городецкий ПНИ»

от _____
(Ф.И.О.)

Отзыв согласия на обработку персональных данных

Настоящим во исполнение положений Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» я, _____, паспорт _____
_____ выдан

_____ « ____ » _____ 20__

г., адрес

регистрации _____ **отзываю** у ГБУ

«Городецкий ПНИ», расположенного по адресу: Нижегородская область, г. Городец, ул. Речников, д. 7 **свое согласие на обработку персональных данных.**

Прошу прекратить обработку персональных данных не позднее трех рабочих дней с даты поступления настоящего отзыва, а также уничтожить всю персональную информацию, касающуюся меня лично.

«_____» _____ 20__ г. _____

(подпись)

(ФИО)