

Договор на оказание платных стоматологических услуг № {{пациент.номер_договора}} {{пациент.дата_договора}}

Индивидуальный предприниматель Янина Татьяна Юрьевна, зарегистрирована Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 9 по Республике Крым 10 ноября 2023 года ОГРНИП: 32391120092461, ИНН: 910210155114, именуемая в дальнейшем "Исполнитель", действующая на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности Л041-01177-91/01091666 от 14.03.2024 года (выдана Министерством здравоохранения Республики Крым, расположенным по адресу: г. Симферополь, пр. Кирова, 1, телефон: +8 (800) 733 33 12) с одной стороны, и **Гражданин(ка) РФ** {if пациент.представитель_имеется %} {{пациент.представитель_фio}} паспорт: {{пациент.представитель_документ_ном_серия}} {{пациент.представитель_документ_ном_номер}} {{пациент.представитель_документ_дата}} выдан: {{пациент.представитель_документ_выдан}}% else %} {endif} именуемый в дальнейшем "Заказчик", действующий (ая) от имени и в интересах несовершеннолетнего ребенка или лица, признанного недееспособным, чьи интересы он представляет: {% if пациент.представитель_имеется %} ФИО: {{пациент.фio_полное}} Дата рождения: {{пациент.дата_рождения}} Реквизиты документа, удостоверяющие личность: {{пациент.документ_тип}} серия: {{пациент.документ_ном_серия}} номер: {{пациент.документ_ном_номер}} кем выдан: {{пациент.документ_выдан}} дата выдачи: {{пациент.документ_дата}}% else %} Реквизиты документа, удостоверяющие личность: _____ (% endif %) именуемый в дальнейшем "Потребитель", 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 (Законного представителя потребителя), обязуется оказать ему стоматологические услуги в соответствии лицензией на осуществление медицинской деятельности, а также медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Потребитель обязуется оплатить данные услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором. Конкретное наименование, стоимость заказанной Заказчиком (или) Потребителем услуги содержится в смете, которая является неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение № 1)
- 1.2. Стороны пришли к соглашению, что при каждом последующем после заключения настоящего договора обращении Заказчика и (или) Потребителя к Исполнителю, стороны будут руководствоваться условиями настоящего договора
- 1.3. В случае если при предоставлении стоматологических услуг потребуются предоставление дополнительных стоматологических или иных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации либо в случае если международным договором Российской Федерации установлен иной порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам, применения правил международного договора.
- 1.4. Исполнитель после исполнения настоящего договора выдает Заказчику и (или) Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных стоматологических услуг.
- 1.5. Подписывая настоящий договор, Заказчик и (или) Потребитель подтверждает, что ему в доступной форме была разъяснена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, специалистах, осуществляющих оказание медицинской помощи, информация о профессиональном образовании и квалификации данных специалистов.

2. Права и обязанности сторон

- 2.1. Исполнитель обязуется:
 - 2.1.1. Оказать Потребителю стоматологические услуги в соответствии с Перечнем оказываемых пациенту платных стоматологических услуг в срок, установленный в Приложении к данному договору, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.
 - 2.1.2. Оказывать стоматологические услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.
 - 2.1.3. В случае если при предоставлении стоматологических услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных стоматологических услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя. Без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных стоматологических услуг и их стоимости исполнитель не вправе предоставлять услуги на возмездной основе, если иное не оговорено в основном договоре.
 - 2.1.4. По требованию Заказчика и (или) Потребителя предоставлять ему в доступной форме информацию о платных стоматологических услугах, содержащую следующие сведения:
 - порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении стоматологических услуг;
 - информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную стоматологическую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
 - информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
 - другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.
 - 2.1.5. Предоставить Заказчику и (или) Потребителю по его требованию и в доступной для него форме информацию:
 - о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
 - об используемых при предоставлении платных стоматологических услугах лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.
 - 2.1.6. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.
 - 2.1.7. Определять необходимость применения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических и др.).
 - 2.1.8. Подготавливать стоматологическое оборудование к работе, осуществлять контроль исправности, правильности эксплуатации.
 - 2.1.9. Вносить изменения в план лечения в зависимости от состояния пациента и определять необходимость дополнительных методов обследования.
 - 2.1.10. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.
 - 2.1.11. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Заказчика и (или) Потребителя.
 - 2.1.12. Немедленно извещать Заказчика и (или) Потребителя о невозможности оказания необходимых стоматологических услуг по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.
 - 2.1.13. Предоставить в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов стоматологических услуг без взимания платы в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
 - 2.1.14. В случае возникновения неотложных состояний у Потребителя, Исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.
 - 2.1.15. По окончании оказания стоматологических услуг оформить и предоставить Заказчику и (или) Потребителю для подписания Акт сдачи-приемки оказанных услуг (по форме согласно Приложению № 1 к настоящему договору). В случае, если по каким-либо причинам Акт не был представлен непосредственно после оказания услуг, Исполнитель вправе направить акт Заказчику и (или) Потребителю почтовым отправлением по адресу, указанному в разделе 8 данного договора.
- 2.2. Исполнитель вправе:
 - 2.2.1. Отказаться от исполнения настоящего договора в случае невыполнения Потребителем рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную услугу.
 - 2.2.2. При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Заказчику и (или) Потребителю в проведении лечебно-диагностических процедур.
 - 2.2.3. Получать информацию и документы, необходимые для выполнения обязанностей в рамках настоящего договора.
- 2.3. Заказчик и Потребитель обязуются:
 - 2.3.1. Оплатить стоимость предоставленных Исполнителем стоматологических услуг, указанных в п. 2.1.1 настоящего договора в сроки и в порядке, которые определены настоящим договором.
 - 2.3.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии здоровья Потребителя, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.
 - 2.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления стоматологических услуг по настоящему договору.
 - 2.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную услугу), в том числе назначенного режима лечения.
 - 2.3.5. Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения Потребителя в медицинской организации.
- 2.4. Заказчик и Потребитель имеют право:
 - 2.4.1. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им стоматологических услугах.
 - 2.4.2. На выбор врача, оказывающего необходимые стоматологические услуги.
 - 2.4.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.
- 2.5. Заказчик имеет право:
 - 2.5.1. Представлять интересы Потребителя при оказании платных стоматологических услуг в соответствии с действующим законодательством.
 - 2.5.2. Подписать представленный Исполнителем Акт сдачи-приемки оказанных услуг (по форме согласно Приложению № 2 к настоящему договору). В случае несогласия с Актом, наличия претензий к качеству услуг и срокам их оказания, в течение 5 (пяти) календарных дней предоставить Исполнителю мотивированные письменные возражения относительно подписания акта. В случае, если Заказчик получил акт, однако не подписал его и не предоставил письменных мотивированных возражений относительно подписания Акта в течение 5 (пяти) календарных дней с момента его получения, услуги считаются принятыми в полном объеме.

3. Стоимость стоматологических услуг и порядок расчетов

- 3.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется на основании Приложений по ценам в соответствии с действующим Прейскурантом, утвержденным Исполнителем.
- 3.2. Заказчик и (или) Потребитель в соответствии с законодательством Российской Федерации выдает документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных стоматологических услуг.
- 3.3. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных стоматологических услуг согласно п. 2.1.3 договора их стоимость определяется по Прейскуранту платных стоматологических услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.
- 3.4. Оплата услуг по договору осуществляется наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по выбору Потребителя на условиях оплаты по результатам оказанных услуг в размере 100% стоимости услуг. Срок оплаты: в день оказания услуги.
- 3.5. 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 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.

4. Ответственность сторон

- 4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.
- 4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 4.4. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Заказчиком и (или) Потребителем неполной информации о здоровье Потребителя в соответствии с п. 2.3.2 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 2.3.4 настоящего договора.

- 4.5. Заказчик и (или) Потребитель несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Заказчика и (или) Потребителя. В этом случае Заказчик обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.
- 4.6. 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.

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 Заказчика за оказанием платных стоматологических услуг Потребителю, состоянии здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при обследовании и лечении (врачебная тайна) Потребителя.

6. Заключительные положения

- 6.1. До заключения настоящего договора Исполнитель уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную стоматологическую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.
- 6.2. Выдача Потребителю после исполнения договора Исполнителем медицинских документов, указанных в п. 6.2.1. настоящего Договора, осуществляется в течение 5 (пяти) дней нарочно, после направления обращения в свободной форме на имя Исполнителя о выдаче медицинской документации (с указанием необходимой документации). Заявление подается лично или с помощью электронной почты: ps-liberty@uandex.ru. При направлении заявления по электронной почте прикладывается скан заявления либо электронный документ, подписанный электронной подписью.
- 6.2.1. По обращению потребителя медицинская организация выдает следующие документы:
 - копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);
 - справку об оплате стоматологических услуг по установленной форме;
 - рецептурный бланк с проставленным штампом "Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика", заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации;
 - документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов;
 - копии медицинской документации.
- 6.3. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения Сторонами и действует в течение 12 месяцев. Если по истечении срока действия договора, Стороны продолжают выполнять его условия, договор считается возобновленным на тех же условиях на тот же срок. Количество пролонгаций не ограничено. При этом, каждая из Сторон вправе прекратить его действие, предупредив об этом другую сторону в порядке и сроки, установленные ст.450.1 Гражданского кодекса РФ.
- 6.4. В случае отказа Заказчика и (или) Потребителя после заключения договора от получения стоматологических услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
- 6.5. Настоящий договор составлен в двух аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.
- 6.6. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

6.7. Споры и разногласия решаются в претензионном порядке, досудебное урегулирование спора является обязательным. В случае невозможности разрешения в претензионном порядке - в судебном порядке, в соответствии с действующим законодательством.

6.8. Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, 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.

6.9. В случае изменения реквизитов, Сторона, изменившая реквизиты (адреса) обязуется уведомить другую Сторону в течении 3 (трех) рабочих дней для заключения дополнительного соглашения к данному договору.

6.10. Все неурегулированные настоящим Договором отношения регулируются в соответствии с действующим законодательством РФ, в том числе Законом РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 № 2300-1

6.11. Договор хранится в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации. Срок хранения договора 5 лет.

7. Подписи сторон:

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Стоматология Либерти

ИП Янина Т.Ю. ОГРНИП 323911200092461

Осуществляет медицинскую деятельность по адресу:

295034, РК, г. Симферополь, ул. Набережная 37/пр-т Кирова
57, п.9

ИНН/КПП 910210155114/910201001

Банк: ПАО "РНКБ Банк" БИК 043510607, р/счет

40802810840480003818,

кор/счет 30101810335100000607

+7 (978) 204 03 03 mc-liberty@yandex.ru

Ф.И.О. _____ подпись МП

ЗАКАЗЧИК:

Ф.И.О. {{пациент.представитель_фио}}

Телефон:{{пациент.номер_телефона}}

Паспорт: {{пациент.представитель_документ_ном_серия}}

{{пациент.представитель_документ_ном_номер}}

{{пациент.представитель_документ_выдал}}

{{пациент.представитель_документ_дата}}

Адрес:{{пациент.адрес_полный}}

Подпись: _____ ✓

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

Ф.И.О. {{пациент.фио_полное}}

Информированное добровольное согласие на получение платных стоматологических услуг

До заключения настоящего оговора я **{{пациент.представитель_фио}}** подтверждаю, что ознакомлен в наглядной и доступной форме со следующей информацией и мне разъяснены сведения:

- о отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы;
- о возможности получения соответствующих видов услуг 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;
- о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- о ближайшей поликлинике, предоставляющей аналогичные услуги по системе ОМС;
- о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, клинических рекомендациях, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- о Правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736);
- о сроках предоставления и ожидания услуг согласно ПМУ;
- о возможности осуществления отдельных медицинских вмешательств в объеме, превышающем стандарт медпомощи;
- о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- о враче, оказывающем медицинскую услугу, его профессиональном образовании и квалификации;
- о перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости в рублях;
- об условиях, порядке, сроках, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;
- о порядке сбора, обработки и хранения моих персональных данных
- о местонахождении, режиме работы Исполнителя, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.
- адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Дата: **{{документ.текущая_дата_дд_мм_ггг}}** **{{пациент.представитель_фио}}** _____ ✓ (подпись)

ИП Яниной Т.Ю.
ОГРНИП 323911200092461, ИНН 910210155114
от **{{пациент.представитель_фио}}**
паспорт серия **{{пациент.представитель_документ_ном_серия}}** номер **{{пациент.представитель_документ_ном_номер}}**
{{пациент.представитель_документ_дата}} дата, **{{пациент.представитель_документ_выдан}}** выдан
адрес проживания **{{пациент.адрес_полный}}**

Информированное добровольное согласие заказчика на получение платных стоматологических услуг

Я, **{{пациент.представитель_фио}}**, действующий (ая) в интересах **{{пациент.фио_полное}}** **{{пациент.дата_рождения}}** дата рождения, настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных стоматологических услуг в Стоматологии Либерти ИП Яниной Т.Ю. ОГРНИП 323911200092461, ИНН 910210155114.

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в том числе схожих медицинских услуг, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты стоматологических услуг, предоставляемых Стоматологией "Либерти" ИП Яниной Т.Ю.

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных стоматологических и иных услуг со Стоматологией "Либерти" ИП Яниной Т.Ю.

Информацию до пациента довел: _____ X **{{документ.текущая_дата_дд_мм_ггг}}**

Заказчик: **{{пациент.представитель_фио}}** (подпись) ✓ _____

Информированное согласие на медицинское вмешательство

Я, нижеподписавшийся(аяся), **{{пациент.представитель_фио}}** **{{пациент.представитель_дата_рождения}}** года рождения

Паспорт: серия **{{пациент.представитель_документ_ном_серия}}** номер **{{пациент.представитель_документ_ном_номер}}** **{{пациент.представитель_документ_выдан}}**; адрес места жительства **{{пациент.адрес_полный}}** телефон **{{пациент.номер_телефона}}**

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель - нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным.

Лицо, чьи интересы я представляю: **{{пациент.фио_полное}}** **{{пациент.дата_рождения}}** дата рождения.
Документ, удостоверяющий личность: **{{пациент.документ_ном_серия}}** **{{пациент.документ_ном_номер}}**
{{пациент.документ_выдал}} **{{пациент.документ_дата}}** адрес места жительства **{{пациент.адрес_полный}}** телефон **{{пациент.номер_телефона}}**

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. N 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) Стоматологии Либерти ОГРНИП 323911200092461, ИНН 910210155114 ИП Янина Т.Ю.

Медицинским работником **{{визит_на_прием.специалист.фио_полное}}**
(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 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

✓ _____ (подпись) **{{пациент.представитель_фио}}**
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

X _____ (подпись) **{{визит_на_прием.специалист.фио_полное}}**
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Дата: **{{документ.текущая_дата_дд_мм_ггг}}**

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся(аяся), {{пациент.представитель_фио}} {{пациент.представитель_дата_рождения}} года рождения

Документ, удостоверяющий личность:

паспорт серия {{пациент.представитель_документ_ном_серия}} номер {{пациент.представитель_документ_ном_номер}} {{пациент.представитель_документ_дата}}

дата, {{пациент.представитель_документ_выдал}} выдан

адрес места жительства {{пациент.адрес_полный}} телефон {{пациент.номер_телефона}},

в соответствии с п. 4 ст.9 Федерального закона от 27.07.06 г. №152-ФЗ «О персональных данных» в целях получения медицинских услуг

подтверждаю свое согласие Стоматологии Либерти ОГРНИП 323911200092461, ИНН 910210155114 ИП Янина Т.Ю., осуществляющей медицинскую деятельность по адресу 295034,

Республика Крым, г. Симферополь, ул. Набережная имени 60-летия СССР, д.37 / пр-т Кирова, д.56, пом.9,

на обработку моих персональных данных, включающих:

фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, место работы, данные о полисе обязательного медицинского страхования (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета Пенсионного фонда Российской Федерации (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, назначения и проведения лечения, на фото и видеосъемку в одетом виде, на обработку и использование фото и видеоматериалов, на совершение действий, предусмотренных предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных".

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией, обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Дата: {{документ.текущая_дата_дд_мм_гггг}} Субъект персональных данных: {{пациент.представитель_фио}} _____ (подпись) ✓

Согласие на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения

Я, нижеподписавшийся(аяся), {{пациент.представитель_фио}} {{пациент.представитель_дата_рождения}} года рождения

Документ, удостоверяющий личность:

паспорт {{пациент.представитель_документ_ном_серия}} {{пациент.представитель_документ_ном_номер}} {{пациент.представитель_документ_выдал}}

{{пациент.представитель_документ_дата}}

адрес места жительства {{пациент.адрес_полный}} телефон {{пациент.номер_телефона}},

в целях получения медицинских услуг в соответствии с ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных»

подтверждаю свое согласие Стоматологии Либерти ОГРНИП 323911200092461, ИНН 910210155114 ИП Янина Т.Ю., осуществляющей медицинскую деятельность по адресу 295034,

Республика Крым, г. Симферополь, ул. Набережная имени 60-летия СССР, д.37 / пр-т Кирова, д.56, пом.9, на обработку в форме распространения моих персональных данных на

бумажных носителях (обработка персональных данных без использования средств автоматизации) и смешанным способом (обработка персональных данных с использованием

средств автоматизации).

Категории и перечень моих персональных данных, на обработку в форме распространения, которых я даю согласие: фамилия, имя, отчество; дата и место рождения, а также иные

данные, содержащиеся в документе, удостоверяющем личность; страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС); адрес регистрации и фактического проживания;

сведения об образовании; сведения о необходимости создания специальных условий, в том числе данные медицинского характера, в случаях прямо предусмотренных действующим

законодательством; сведения о наличии или отсутствии особых прав, в том числе о социальном статусе и социальных льготах; сведения о наградах и личных достижениях;

контактные номера телефонов, адрес(-а) электронной почты, личное фото, на фото и видеосъемку в одетом виде, на обработку и использование фото и видеоматериалов.

В случаях, когда такое предоставление является обязательным в силу закона вправе передавать мои персональные данные государственным органам контроля (включая,

Роскомнадзор), прокуратуры, следственного комитета, судебной власти, внутренних дел с использованием бумажных, машинных носителей или по каналам связи.

В ходе оказания мне медицинских услуг, подтверждаю свое согласие на присутствие другого медицинского и врачебного персонала.

Условия и запреты на обработку вышеуказанных персональных данных (ч. 9 ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных») (нужное отметить):

не устанавливаю;

устанавливаю запрет на передачу (кроме предоставления доступа) этих данных оператором неограниченному кругу лиц;

устанавливаю запрет на обработку (кроме получения доступа) этих данных неограниченным кругом лиц;

устанавливаю условия обработки (кроме получения доступа) этих данных неограниченным кругом

лиц: _____.

Условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться оператором только по его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго

определенных сотрудников, либо с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, либо без передачи полученных персональных данных не устанавливаю.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

В случае неблагоприятного прогноза развития моего заболевания информация должна сообщаться:

только мне || мне и следующим лицам || только следующим лицам, без моего уведомления:

_____нужное подчеркнуть и/или указать Ф.И.О., степень родства третьих лиц

Согласие Заказчика на получение информации по каналам связи:

Я даю согласие Стоматологии Либерти ИП Янина Т.Ю. на получение информации об услугах, акциях, скидках, новостей и любой возможной информации в виде смс-сообщений

на указанный выше номер сотового телефона

Я не хочу получать информацию об услугах, акциях, скидках, новостей и любой возможной информации от Стоматологии Либерти ИП Янина Т.Ю. в виде смс-сообщений на

указанный выше номер сотового телефона

Дата: {{документ.текущая_дата_дд_мм_гггг}} Субъект персональных данных: {{пациент.представитель_фио}} _____ (подпись) ✓