Уведомление об информировании до заключения настоящего договора					
Я, нижеподписавшийся(аяся), года рождения, проживающий(ая) по адресу:					
настоящим подтверждаю, что мне до заключения договора об оказание медицинских услуг предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской					
помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания					
гражданам медицинской помощи (далее - соответственно программа, территориальная программа). Я согласен(а) оплатить услугу, я получил(а) информацию о стоимости медицинского вмешательства, о правилах ее					
оплаты и документах, подтверждающих этот факт.					
Я ознакомлен(а) с тем, что можно получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях по месту жительства на других условиях. Получив у Исполнителя полную информацию о					
возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг, я согласен(а) на оказание платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить.					
До подписания договора об оказании платных медицинских услуг я ознакомлен(а) с прейскурантом, действующим на дату заключения договора.					
Настоящим, я информирован(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги,					

20 г. Ф.И.О. Подпись ЛОГОВОР №

НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕЛИПИНСКИХ УСЛУГ

повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

г. Пятигорск 202 г. **Лечебно-профилактическое учреждение профсоюзов «Пятигорская бальнеогрязелечебница»**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Ильиных Александра Петровича, действующего на

основании Устава, с одной стороны. , именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» (пациент), с другой стороны, Заполняется в случае представления интересов Потребителя третьими лицами Законный представитель Потребителя_ , действующий в интересах Потребителя, именуемый в дальнейшем «Законный представитель»,

Заказчик (ФИО), или (Организация) , инн /ОГРН , действующего на основании ____, заказывающий (приобретающий) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу «Потребителя», с третьей стороны,

вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. СВЕЛЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ

- Наименование и фирменное наименование: ЛПУП «Пятигорская бальнеогрязелечебница». 1.1.
- Адрес места нахождения: 357500, Ставропольский край, г. Пятигорск, ул. Красноармейская, 16
- Лицензия на осуществление медицинской деятельности: № Л041-01197-26/00319480 от 6 марта 2018 года. Выдана бессрочно.

Наименование, адрес места нахождения и телефон лицензирующего органа: Министерство эдравоохранения Ставропольского края: 355000 г. Ставрополь, ул. Дзержинского 158, 17 этаж, офис 1701, телефон: (8652) 74-80-79.

- Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией: работы (услуги), выполняемые: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу, сестринскому делу, физиотерапии; 4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), физиотерапии; б) при оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении организуются и выполняются работы (услуги) по: медицинскому массажу, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), сестринскому делу, терапии, физиотерапии, лечебной физкультуре.
- 1.2. Исполнитель осуществляет свою деятельность руководствуясь Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736), Порядком организации санаторно-курортного лечения (утв. Приказом Минздрава России от 05.05.2016 N 279н) и иным действующим законодательством Российской Федерации.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 2.1. Потребитель поручает и оплачивает, а Исполнитель принимает на себя обязательство оказать Потребителю платные медицинские услуги, в порядке и сроки, которые установлены настоящим договором.
- 2.2. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя или его Законного представителя.
- 2.3. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: г. Пятигорск, ул. Красноармейская, 16, г. Пятигорск, бульвар Гагарина, 1 в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736). Исполнитель вправе привлекать для оказания услуг по настоящему договору третьих лиц (соисполнителей), а оплата оказанных услуг производится Потребителем (Законным представителем, Заказчиком) Исполнителю.
- 2.4. Виды бальнеолечения будут рекомендоваться Потребителю индивидуально на основании медицинских показаний в соответствии с перечнем предоставляемых медицинских услуг и действующим прейскурантом Исполнителя.
- 2.5. Для целей настоящего Договора используются следующие понятия:
- 2.5.1. Пациент, Потребитель это физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.
- 2.5.2. Законный представитель/Заказчик представитель Пациента физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести), либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим договором в пользу Пациента.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 3.1.1. Обеспечивать Потребителя (Законного представителя) бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении Исполнителя (месте его государственной регистрации), ОГРН, ИНН, графике работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, методах оказания медицинской помощи, видах медицинского вмешательства, об условиях и сроках предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации.
- 3.1.2. Оказывать Потребителю медицинские услуги, предусмотренные настоящим договором, надлежащего качества, с использованием методов, разрешенных на территории РФ.
- 3.1.3. Предупредить Потребителя (Законного представителя), Заказчика, в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором. Без согласия Потребителя (Законного представителя), Заказчика, Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные платные медицинские услуги.
- 3.1.4. Представить Потребителю (Законному представителю) список своих сотрудников, обладающих специальным образованием и профессиональными навыками, которые будут оказывать медицинские услуги.
- 3.1.5. Не передавать и не показывать третьим лицам без согласия Потребителя (Законного представителя) находящуюся у Исполнителя информацию (документацию) о Потребителе или его Законном представителе.
- 3.1.6. Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими учреждениями и специалистами.
- 3.1.7. Представлять Потребителю (Законному представителю) материалы и заключения о ходе оказания услуг в печатном виде. 3.1.8. Предоставлять Потребителю (Законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной форме информацию:
- о состоянии здоровья, диагнозе, методах лечения и профилактики, связанном с ними риске, 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.
- 3.1.9. Давать при необходимости по просьбе Потребителя (Законного представителя) разъяснения о ходе оказания услуг.
- 3.1.10. По окончании оказания платных медицинских услуг предоставить Потребителю/Законному представителю (по его требованию) копии медицинских документов либо выписки из них, отражающих информацию о диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания платы, в 3-хдневный срок с момента обращения.

3.2. Потребитель или его Законный представитель обязуется:

- 3.2.1. Оплатить предоставляемые услуги в соответствии с условиями раздела 5 настоящего договора (в случае личного представления своих интересов).
- 3.2.2. До оказания медицинской услуги информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.
- 3.2.3.Перед оказанием платных медицинских услуг дать Исполнителю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в процессе оказания платных медицинских услуг. (Приложение № 1)
- 3.2.4. Соблюдать требования, предписания, указания, рекомендации медицинского персонала как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи. 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.
- 3.2.5. Во время нахождения на территории Исполнителя соблюдать правила внутреннего распорядка, режим работы Исполнителя, Правила поведения в медицинском учреждении, установленные Исполнителем, если они не ограничивают его права по действующему законодательству РФ и настоящему Договору.
- 3.2.6. По запросу Исполнителя предоставить ему необходимые документы и материалы, связанные с оказанием платных медицинских услуг.
- 3.2.7. Своевременно подписывать отчеты (акты) об оказании услуг Исполнителем.
- 3.2.8. В случае отказа от медицинских услуг (части медицинских услуг) уведомить об этом Исполнителя.
- 3.2.9. Уведомить Исполнителя о несоблюдении рекомендаций Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения.

3.3. Законный представитель или Заказчик обязуется:

3.3.1. Приобрести платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу Потребителя, произведя оплату стоимости оказываемых Потребителю платных медицинских услуг на расчетный счет Исполнителя в срок, предусмотренный настоящим Договором.

3.4. Исполнитель имеет право:

- 3.4.1. Получать от Потребителя (его Законного представителя) любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем (его Законным представителем) информации, Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему договору до представления необходимой информации.
- 3.4.2. Требовать от Потребителя соблюдения требований и правил, установленных законодательством и настоящим Договором, необходимых для надлежащего оказания медицинских услуг.
- 3.4.3. Получить от Потребителя (его Законного представителя) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в процессе оказания платных медицинских услуг.
- 3.4.4.Получить от Потребителя (его Законного представителя) письменное согласие на обработку его персональных данных, полученные от Потребителя или его Законного представителя при заключении и исполнении настоящего Договора.

3.4.5. Получить от Потребителя (его Законного представителя) расписку об отказе от медицинского вмешательства в случае отказа Потребителя (его Законного представителя) от услуг, которые могли бы, по мнению Исполнителя, уменьшить или снять опасность для его здоровья.

3.5. Потребитель или его Законный представитель имеет право:

- 3.5.1. Получать от Исполнителя медицинские услуги в соответствии с действующей лицензией на осуществление медицинской деятельности.
- 3.5.2. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством РФ и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736).
- 3.5.3. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну, а также защиту персональных данных.
- 3.6. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, врачебную, финансовую и конфиденциальную информацию, полученную от другой стороны при исполнении настоящего Договора.
- 3.7. Ознакомиться с информацией о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи размещена на стенде в организации Исполнителя, с которой можно ознакомиться при заключении договора.

4. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

- 4.1. Срок оказания медицинских услуг (бальнеолечение) определяется датой и временем, указанным на талонах, приобретенных Потребителем при заключении договора.
- 4.2. Подписываемые Сторонами отчеты (акты, заключения) об оказании услуг являются подтверждением оказания услуг Исполнителем Потребителю
- 4.3. Отчеты (акты, заключения) представляются Исполнителем не позднее 7-ми дней со дня оказания услуг.
- 4.4. Потребитель или его Законный представитель обязуются рассмотреть и подписать отчеты (акты), представленные Исполнителем при их получении, при условии отсутствия у Потребителя или его законного представителя каких-либо замечаний к оказанным Исполнителем услугам. При наличии замечаний к оказанным Исполнителем услугам, Потребитель или его Законный представитель указывает об этом в отчете

ЦЕНА ДОГОВОРА, НАИМЕНОВАНИЕ УСЛУГИ, КОЛИЧЕСТВО И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

5.1.Стоимость оказанных медицинских услуг определяется по прейскуранту Исполнителя, действующему на день оплаты.

5.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором, их количество, цена, общая стоимость и сроки их оказания:

№ п/п	Наименование услуги	Ед.	Кол-во	Цена, руб.	Сумма, руб.
Итого без НДС, руб.:					
				Итого НДС, руб.:	
				Всего (с учетом НДС) руб.	

- 5.3. Окончательный объем и стоимость оказываемых по договору медицинских услуг может быть изменен в ту или иную сторону и определяется по результатам первичного приема специалистами Исполнителя на основании предъявленных Потребителем первичных медицинских документов и заключений. Стоимость услуг, подлежащая оплате Заказчиком, указывается в выставленном на оплату счете.
- 5.4. Оплата услуг осуществляется Потребителем, либо его законным представителем, либо Заказчиком с согласия Потребителя или его Законного представителя в порядке 100-процентной предоплаты до получения Услуги в безналичной форме путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН 6.

- 6.1. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем или его Законным представителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора по вине Исполнителя, несоблюдения требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.
- 6.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Потребителем или его Законным представителем условий настоящего Договора, а также в случае, если Потребитель или его Законный представитель не информировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.
- 6.3. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Потребитель вправе по своему выбору:
- назначить новый срок оказания услуги;
- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги:
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть настоящий Договор и потребовать возмещения убытков.
- 6.4. В случае отказа Потребителя или его Законного представителя от получения медицинских услуг, договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении договора по инициативе Потребителя или его Законного представителя, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнение обязательств по договору.
- 6.5. Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение другой стороной своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение и другие стихийные бедствия, забастовки, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом. Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательств в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.
- 6.6. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее двух дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.
- 6.7. Меры ответственности Сторон, предусмотренные в настоящем Договоре, применяются в соответствии с нормами действующего законодательства РФ.

7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

- 7.1. Исполнитель обязуется охранять информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при его лечении (врачебная тайна).
- 7.2. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя, допускается в случаях, предусмотренных законодательством РФ.
- 7.3. Персональные данные, полученные от Потребителя или его Законного представителя при заключении договора и в процессе его исполнения, обрабатываются в соответствии с Федеральным Законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» с учетом нормативных актов, регулирующих сроки хранения документов, содержащих персональные данные.

ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

- 8.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между сторонами, будут разрешаться путем переговоров.
- 8.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов, споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

9. СРОКИ ЛЕЙСТВИЯ ЛОГОВОРА

- 9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Договора и действует до исполнения сторонами принятых на себя обязательств.
- 9.2. Настоящий договор может быть расторгнут по согласию Сторон.
- 9.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными
- 9.4. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.
- 9.5. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй у заказчика, третий у потребителя. В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в

Приложение к договору:

- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в процессе оказания платных медицинских услуг (Приложение № 1).

10. АЛРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель ЛПУП «Пятигорская бальнеогрязелечебница»

357500, Ставропольский край, г. Пятигорск, ул. Красноармейская,16

ИНН /КПП 2632054854/263201001, ОГРН 1022601619567

р/сч 40703810100980000685 Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО) в г. Москве

к/сч 30101810145250000411, БИК 044525411

Телефон 8(879-3) 40-48-74, e-mail: pbgl@profkurort.ru

Потребитель (законный представитель Потребителя)

Потребитель

Документ, удостоверяющий личность

дрес:		тел.	

Заказчик

		заполняется в случае прео	ставления интересов 110т	реоителя третьими лицо	ами		
Законны	й представитель	Потребителя			,	Документ,	удостоверяющий
личность_							
Адрес:		, тел	<u></u>				
Заказчик		(ФИО), Документ, удостоверяющи	ий личность		Адре	:c:	,
тел							
или	(Организация)		_,ИНН	,ОГРН		р/сч	,
Банк		, к/сч	, БИК				

Исполнитель

			Директор	
1	1	/	/	/Ильиных А.П./

доб	ровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для полу	чения первичной медико-санитарной помощи
Я,	(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо за	конного представителя)
"" г. рожден (дата рождения гражданина либо законного и	ния, зарегистрированный по адресу:	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	(адрес регистрации гражданина либо законного п	POTOTONIETOTO)
проживающий по адресу:		•
в отношении	(указывается в случае проживания не по	месту регистрации)
(фамилия, имя, от	тчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представител	пем)
"" г. (дата рождения пациента при подписании зак	рождения, проживающего по адресу:	
	(в случае проживания не по месту жительства законно	
		ых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированн
		ющи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развит ,), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медию
	ко 390н <12 (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в перечень (ставителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)	у, для получения первичной медико-санитарной помощилолучения первичной медик
	реждении профсоюзов «Пятигорская бальнеогрязелечебница»	
	(полное наименование медицинской органи	изации)
Медицинским работником	(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) меди	шинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены	* * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	не варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развит
		азаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных
		рального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждаг
Российской Федерации".		
Сведения о выбранном (выбранных) мною ли	ще (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Фе	едерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья гражда
Российской Федерации" может быть передана	а информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным предста	авителем которого, я являюсь (ненужное зачеркнуть):
(фамилия, имя,	отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)	(подпись)
(фамилия, имя, от	чество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)	(подпись)
(подпись)	(housing mg	, отчество (при наличии) медицинского работника)
(подпись)	(фамына, ныя,	• • • •
		""г. (дата оформления)
		(~)
СОГЛАСИ	Е ПОТРЕБИТЕЛЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ЛПУІ	П «ПЯТИГОРСКАЯ БА ЛЬНЕОГРЯЗЕ ЛЕЧЕБНИЦА»
Colsiach	E HOTT EBITEMA HA OBI ABOTRA HEL COHAMBINA MAHIBIA BAHAA	II WIMTHI OF CRAN BASIBILEOF PASESIE TEBRIHQAS
Я,	во (при наличии) гражданина либо законного представителя)	"" г. рождения, (дата рождения гражданина либо законного представителя)
	, дата выдачи кем выдан	(дата рождения гражданина лиоо законного представителя)
зарегистрированный по адресу:	(адрес регистрации гражданина либо законного п	
проживающий по адресу:	(адрес регистрации гражданина лиоо законного п	редставителя)
в отношении	(указывается в случае проживания не по	месту регистрации)
	(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании сог	
"" г. рождени законным представителем)	я, проживающего по адресу:	(дата рождения пациента при подписан не по месту жительства законного представителя)
		те по месту жителества законного представителя; ку в ЛПУП «Пятигорская бальнеогрязелечебница» (далее – Оператор) моих персонально
данных/ персональных данных представляем	ого мною лица, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, паспортные данные,	, дата рождения, ИНН, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии мос
		ния медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработ
		іну, сведения, прямо относящиеся к моей личности/личности представляемого мною лиц
		чая передачу полученной информации по локальной сети Оператора, без передачи по се нных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных ниже целей, включ
	•	пользование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удален
уничтожение, смешанную обработку данны	х, в целях исполнения обязательств по договору на оказание мне платных м	педицинских услуг и вытекающих вследствие его исполнения, обязательств Операто
		ю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащ
	ругим должностным лицам Оператора по локальной сети, в интересах моего лечен	ния/ представляемого мною лица. включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документам
регламентирующими предоставление отчетны		
		их услуг соответствует сроку хранения документов бухгалтерского учета и составляет
	йствия договора либо после прекращения обязательств по договору.	
		ормации в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ для хранен
	вено право отозвать данное согласие посредством составления заявления в пр в адрес Оператора любым удобным для меня способом.	остой форме в соответствии с требованиями законодательства Российской Федераци
•	х данных (Потребителя/Законного представителя)	
Подпись	(ФИО полностью)	/
подпись	(ФИО полностью)	
Дата подписания согласия: «	»20года	