|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 1К приказу № \_\_\_\_ от \_\_\_\_ |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Тверская обл., г. Удомля | «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года |

**Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения «Центральная медико-санитарная часть № 141» Федерального медико-биологического агентства (ФБУЗ ЦМСЧ № 141 ФМБА России),** именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_ *(ФИО, Должность лица, подписывающего договор),*действующего на основании \_\_\_\_ *(наименование, № и дата документа, на основании которого действует лицо, подписывающее договор)*,с одной стороны и

\_\_\_\_ *(ФИО),*именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», действующий (ая) от своего имени ив своих интересах, с другой стороны,либо в интересах «Потребителя» \_\_\_\_ *(ФИО)*, \_\_\_\_ года рождения, совместно именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику (Потребителю) медицинские услуги:

|  |
| --- |
|  |
| *(перечень платных медицинских услуг )* |

(далее - Услуги) на условиях, определенных настоящим Договором, а Заказчик обязуется оплатить предоставленные Исполнителем Услуги в сроки и в порядке, которые определены Договором.

1.2. При необходимости, по требованию Заказчика (Потребителя) на предоставление Услуг может быть составлена смета.

**2. Стоимость Услуг, сроки и порядок их оплаты**

2.1. Стоимость Услуг по настоящему Договору определяется на основании Прейскуранта Исполнителя, действующего на момент оказания Услуг и составляет \_\_\_\_ (\_\_\_\_) рублей, НДС не облагается на основании пп.2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

2.2. Заказчик (Потребитель) ознакомлен с Прейскурантом, находящимся в открытом доступе, в том числе на официальном сайте Исполнителя <https://msch141.ru/>.

2.3. Оплата Услуг производится в форме 100% предоплаты при заключении Договора, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя посредством платежного терминала или путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

2.4. Заказчику (Потребителю) в соответствии с законодательством РФ выдается документ, подтверждающий произведенную оплату Услуг.

**3. Права и обязанности сторон**

3.1. Исполнитель обязуется:

- оказать Услуги, качество которых соответствует условиям Договора, а при отсутствии в Договоре условий об их качестве – требованиям действующего законодательства РФ, предъявляемым к услугам соответствующего вид;

- при оказании Услуг соблюдать установленные законодательством РФ требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

3.2. Исполнитель имеет право:

- получать от Заказчика (Потребителя) информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по Договору;

- получать от Заказчика (Потребителя) оплату, в соответствии с условиями Договора.

3.3. Заказчик (Потребитель)обязуется:

- информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях;

- соблюдать указания (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника Исполнителя, в том числе назначенный режим лечения.

3.4. Заказчик (Потребитель) имеет право:

- получать в доступной 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 медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

**4. Условия и сроки предоставления Услуг**

4.1. Услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Заказчика (Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан (Приложение № 1).

4.2. Услуги оказываются в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

4.3. После оказания Услуг Исполнитель выдает Заказчику (Потребителю) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуг.

4.4. В случае если при предоставлении Услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Заказчика (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".

4.5. Сроки оказания Услуг, предусмотренных п. 2.1 Договора с \_\_\_\_ года по \_\_\_\_ года.

**5. Ответственность сторон за невыполнение условий Договора**

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Заказчика (Потребителя) в результате предоставления некачественной Услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ

5.3. Заказчик (Потребитель) несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате Услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.4. Стороны освобождаются от ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязательств по Договору, если их неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы.

**6. Порядок разрешения споров**

6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

6.2. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

**7. Порядок изменения и расторжения Договора**

7.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

7.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.

7.3. В случае если при предоставлении Услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика (Потребителя).Без согласия Заказчика (Потребителя) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные Услуги.

7.4. Оказание дополнительных Услуг оформляется дополнительным соглашением к настоящему Договору или новым Договором, с указанием конкретных Услуг и их стоимости.

7.5. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

7.6. Настоящий Договор расторгается, в случае отказа Заказчика (Потребителя) после заключения договора от получения Услуг. Исполнитель информирует Заказчика (Потребителя) о расторжении Договора по инициативе Заказчика (Потребителя), при этом Заказчик (Потребитель) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

7.7. Заказчик (Потребитель) вправе отказаться от исполнения настоящего Договора в любой время, направив Исполнителю письменный отказ, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

7.8. Исполнитель вправе приостановить исполнение обязательств по Договору или отказаться от исполнения обязательств по Договору при нарушении сроков оказания Услуг по вине Заказчика (Потребителя) и потребовать от Заказчика (Потребителя) возмещения убытков (ст. 328 и 719 ГК РФ, п. 6 ст. 28 Закона РФ от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей").

**8. Заключительные положения**

8.1. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих равную юридическую силу для Заказчика и Исполнителя, в случае, если Заказчик и Потребитель одно лицо, и в 3(трех) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, если Заказчик и Потребитель – разные лица (за исключением случаев, когда Потребитель является несовершеннолетним или недееспособным) по одному экземпляру для каждой из сторон (Исполнитель, Заказчик, Потребитель).

8.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

8.3. По вопросам не урегулированным настоящим Договором Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

8.4. Неотъемлемой частью Договора являются следующие приложения:

- Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение № 1).

- Согласие на обработку персональных данных (Приложение № 2).

- Смет на предоставление платных медицинских услуг (Приложение № 3) составляется по требованию Заказчика (Потребителя).

**9. Реквизиты и подписи сторон**

|  |
| --- |
| **Исполнитель:****ФБУЗ ЦМСЧ № 141 ФМБА России**171841, Тверская обл., г. Удомля, ул. Энтузиастов д. 13ИНН 6916011509 КПП 691601001 ОГРН 1026901948600Л/с № 20366У30970 в УФК Тверской областиБ/с 03214643000000013600,К/с 40102810545370000029ОТДЕЛЕНИЕ ТВЕРЬ БАНКА РОССИИ//УФК по Тверской области г. Тверь; БИК 012809106Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 1 июля 2002 г. Серия 69 № 000806151Дата внесения записи 15.11.2002 гНаименование регистрирующего органа Межрайонная инспекция Министерства Российской Федерации по налогам и сборам № 9 по Тверской областиЛицензия на осуществление медицинской деятельности: Регистрационный номер: Л041-00110-69/00572847Дата регистрации 15.02.2018 г. Выдана: Территориальным органом Росздравнадзора по Тверской области Адрес: 170100, Тверская область, г. Тверь, ул. Советская, д. 35, корпус 1 Телефон: (4822) 35-85-88Информация о полном перечне работ(услуг) размещена в свободном доступе, в том числе на официальном сайте Исполнителя <https://msch141.ru/>.  |
| /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/М.П. |
| **Заказчик**ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Данные документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | **Потребитель**ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Данные документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

До заключения договора я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО) уведомлен 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.

При заключении договора, мне, в доступной форме предоставлена 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 проинформирован, что отказ от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемой без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| *Дата* |  | *Подпись* |  | *Расшифровка* |

Приложение № 1

К договор N \_\_\_\_ от \_\_\_\_

Утверждено

приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 12 ноября 2021 г. N 1051н

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)*

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(дата рождения гражданина либо законного представителя)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)*

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указывается в случае проживания не по месту регистрации)*

в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписаниисогласия законным представителем)*

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(дата рождения пациента при подписании законным представителем)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)*

**даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг, поименованных в Договоре,**

|  |
| --- |
|  |
| *(перечень платных медицинских услуг )* |

мной или лицом, законным представителем которого я являюсь *(ненужное зачеркнуть)*ивиды 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 <1> (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Федеральном бюджетном учреждении здравоохранения «Центральная медико-санитарная часть № 141» Федерального медико-биологического агентства

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)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)* |
|  |
| *(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(подпись)* |  | *(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)* |
|  |  |  |
| *(подпись)* |  | *(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.*(дата оформления)* |

Приложение № 2

К договор N \_\_\_\_ от \_\_\_\_

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)*

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)*

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указывается в случае проживания не по месту регистрации)*

данные документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в соответствии стребованиями статьи 9 Закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»подтверждаю свое согласие на обработку Федеральным бюджетным учреждением здравоохранения «Центральная медико-санитарная часть № 141» Федерального медико-биологического агентства (ФБУЗ ЦМСЧ № 141 ФМБА России) моихперсональных данных (далее - ПД) и ПД лица, законным представителем которого я являюсь *(ненужное зачеркнуть)*, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения; адресместожительства, контактный телефон(ы); реквизиты полиса ОМС (ДМС); страховой номериндивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС); данные о состояниимоего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и др. в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинскихуслуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимсямедицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказанияФБУЗ ЦМСЧ № 141 ФМБА России мне или лицу, законным представителем которого я являюсь*(ненужное зачеркнуть)*медицинской помощи я предоставляю правомедицинским работникам передавать ПДдругим сотрудникам ФБУЗ ЦМСЧ № 141 ФМБА России в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю ФБУЗ ЦМСЧ № 141 ФМБА России право осуществлять все действия(операции) с названными ПД, в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также обрабатывать их посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетныеформы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных(документов) по ОМС (договором ДМС) в Российской Федерации.

ФБУЗ ЦМСЧ № 141 ФМБА России имеет право на обмен (прием и передачу) ПД со страховыми медицинскими организациями и территориальнымфондом ОМС с учетом того, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязаннымсохранять профессиональную тайну.

Срок хранения персональных соответствует сроку хранения первичных документов, в том числе медицинских: индивидуальной медицинской карты – пять лет, истории болезни – двадцать пять лет, иных: договора, акта оказанных услуг – пять лет.

Настоящее согласие действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредствомсоставления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной вадрес ФБУЗ ЦМСЧ № 141 ФМБА России по почте заказным письмом с уведомлением овручении либо вручен лично под расписку представителю ФБУЗ ЦМСЧ № 141 ФМБА России.

В случае получения моего письменного заявления ФБУЗ ЦМСЧ № 141 ФМБА России обязано прекратить обработку моих персональных данных в течение периодавремени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этогомедицинской помощи.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| *Дата* |  | *Подпись* |  | *Расшифровка* |

Приложение № 3

К договор N \_\_\_\_ от \_\_\_\_

Смета на предоставление платных медицинских услуг

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код услуги | Наименование услуги | Цена за единицу  | Количество | Общая стоимость |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО: \_\_\_\_ (\_\_\_\_) рублей, НДС не облагается на основании пп.2 п. 2 ст. 149 НК РФ. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**ФБУЗ ЦМСЯ № 141 ФМБА России | **Заказчик** |
| /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/М.П. | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |