

ОБРАЗЕЦ

Договор на предоставление платных медицинских услуг № _____

г. Санкт-Петербург

«__» _____ 20__

Общество с ограниченной ответственностью «БАЛТСТАР» (ООО «БАЛТСТАР») именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице Генерального директора Савельевой Оксаны Александровны, действующего на основании Устав и бессрочной лицензии № Л041-01148-78/00630430 от 06.12.2022 г., выданной Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга: 191023, г. Санкт-Петербург, Малая Садовая ул., 1, +7 (812) 635- 55-63, с одной стороны, и Ф.И.О. , дата и год рожд., именуемый(ая) в дальнейшем Потребитель с другой стороны, а вместе именуемые Стороны заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Общие положения

1.1. В рамках настоящего договора используются следующие основные понятия:

"платные медицинские услуги" - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договоры);

"потребитель" - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

"заказчик" - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

"исполнитель" - медицинская организация ООО «БАЛТСТАР», оказывающая платные медицинские услуги в соответствии с договором.

1.2. Платные медицинские услуги (работы) предоставляются Исполнителем на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности N Л041-01148-78/00630430 от 06.12.2022 г., срок действия лицензии: бессрочно , выданной Комитет по здравоохранению г. Санкт-Петербурга, Малая Садовая ул., 1, +7 (812) 635-55-63, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

1.3. Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией: при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: психиатрии.

2. Предмет договора

2.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется предоставить платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям настоящего договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве- требованиям, предъявляемым к таким услугам, а Потребитель обязуется оплатить оказанные услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим договором.

2.2. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

- в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- на основе клинических рекомендаций;

- с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).

2.3. Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя.

2.4. Получателем платных медицинских услуг является Потребитель.

2.5. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.6. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, является неотъемлемой частью настоящего договора.

2.7. При направлении Потребителя лечащим врачом на консультацию, диагностическое исследование при отсутствии экстренных показаний срок ожидания медицинской услуги не должен превышать 20 рабочих дней. Порядок фиксирования очередности устанавливается администраторами ООО «БАЛТСТАР»

2.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных 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".

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.1.2. Предоставить Потребителю (законному представителю потребителя) 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;

3.1.3. Осуществить Исполнителю 100 % оплату после оказания медицинской услуги.

3.1.4. При предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

3.1.5. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя.

3.1.6. Немедленно извещать Потребителя 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.

3.1.7. Предоставить в доступной форме информацию 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.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

3.2.2. Требовать от Потребителя соблюдения:

- графика прохождения процедур;

- режима при приеме лекарственных препаратов;

- назначений, рекомендаций специалистов;

- лечебно-охранительного режима;

- правил внутреннего распорядка лечебного учреждения;

- правил техники безопасности и пожарной безопасности.

3.2.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, рекомендаций и назначений специалистов и нарушении режима работы учреждения.

3.2.4. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

3.3. Потребитель обязуется:

3.3.1. Оплатить оказанную Исполнителем медицинскую услугу (выполненную работу) в порядке и сроки, установленные настоящим договором.

3.3.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

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

3.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3.3.5. Согласовывать со специалистами, оказывающими платные медицинские услуги, употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и прочего.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

3.4.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

3.4.3. Получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

4. Стоимость платных медицинских услуг и порядок расчетов

4.1. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета, при этом она является неотъемлемой частью настоящего договора.

4.2. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю, определяется в соответствии с действующим в медицинской организации Прейскурантом и (или) сметой на предоставление платных медицинских услуг.

4.3. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция и бланк строгой отчетности - акт выполненных работ).

4.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя.

Без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости Исполнитель не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе.

4.5. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

4.6. Оплата услуг по договору осуществляется на основании Перечня предоставленных платных медицинских услуг, подписанного Сторонами, наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по выбору Потребителя.

4.7. 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 Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

- копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);

- справку об оплате медицинских 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.

5. Ответственность сторон за невыполнение условий договора

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 3.3.2 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 3.3.4 настоящего договора.

5.4. При наличии в настоящем договоре условий, ущемляющих права Потребителя, которые могут повлечь причинение ему убытков, они подлежат возмещению Исполнителем в полном объеме в соответствии со статьей 13 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. N 2300-1 "О защите прав потребителей".

Требование Потребителя о возмещении убытков подлежит удовлетворению в течение десяти дней со дня его предъявления.

5.5. 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.

6. Конфиденциальность

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

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

7. Заключительные положения

7.1. При заключении настоящего договора Потребителю предоставлена следующая информация:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа). Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы;

- перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, указанной в п. 2.3 настоящего договора, с указанием цен в рублях;

- иная информация, предусмотренная Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

7.2. Потребитель подтверждает, что на момент заключения настоящего договора ему в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

7.3. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя 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.

7.4. Потребитель уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

7.5. Потребитель вправе направить обращение (жалобу) в органы государственной власти и организации в письменном виде, а также в электронном виде. Потребитель подтверждает, что Исполнитель ознакомил его с информацией о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и иные организации.

7.6. При предъявлении Потребителем требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

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

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

7.9. Потребитель дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

7.10. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг настоящий договор расторгается, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.11. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Потребителя.

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

7.13. Стороны допускают при заключении и подписании настоящего договора использование Исполнителем факсимильного воспроизведения подписи - постановки штампа-факсимиле и признают равную юридическую силу за Исполнителем собственноручной и факсимильной подписи.

Исполнитель

Потребитель

ООО «БАЛТСТАР»
Адрес: 197082, Санкт-Петербург, вн.тер.г.муниципальный округ № 65,
ул. Оптиков, д. 37, стр. 1, помеш. 142-Н
ОГРН 5067847030301 ИНН 7840339803 КПП 781401001
Р/с 40702810490550001020 Банк ПАО «Банк «Санкт-Петербург» г.
Санкт-Петербург
К/с 30101810900000000790, БИК 044030790.
E-mail: balt.star@mail.ru
Телефон: 8(812)240-23-03
Генеральный директор _____ Савельева О.А.

Ф.И.О.:
Дата рождения:
Адрес фактического проживания:
Адрес регистрации:
Паспорт
Выдан:
Телефон:
Почта:
Подпись: _____ Ф.И.О.

ОБРАЗЕЦ

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Приложение к договору _____

Я, Ф.И.О., дата и год рожд. Паспорт _____ Выдан: ____-__-__ (далее Пациент) в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие ООО «БАЛТСТАР», адрес местонахождения: 197082, Санкт-Петербург, вн.тер.г.муниципальный округ № 65, ул. Оптиков, д. 37, стр. 1, помещ. 142-Н (далее - Оператор) на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию: имя, отчество, пол, дату рождения, адрес регистрации и/или фактического проживания, контактный телефон (абонентский номер), адрес электронной почты, данные документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, данные произведённых оплатах в рамках договоров на оказание платных медицинских услуг:

- в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, учёта, хранения и ведения медицинской документации.

- в целях исполнения Оператором условий договора на оказание платных медицинских услуг, заключенного Пациентом.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения. Я уведомлен(на), что видеосъемка и аудиозапись ведется только в общем коридоре МО. Полученные фотоматериалы не используются Оператором для целей идентификации личности, а потому не являются биометрическими данными. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные с использованием машинных и (или) бумажных носителей средств автоматизации и (или) без таковых, посредством внесения их в электронную базу данных, ведения медицинской документации в электронном виде, включения в списки (реестры) и отчетные формы, том числе предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), соблюдением мер, обеспечивающих несанкционированного доступа, при условии, что их обработка будет осуществляться лицами, обязанными сохранять профессиональную тайну.

Адрес электронной почты : _____

Я даю согласие на использование данного адреса электронной почты при отправке мне заключений специалистов, результатов диагностических исследований (лабораторных, инструментальных и пр.) и другой информации, связанной получением мною медицинских услуг в ООО «БАЛТСТАР». Я уведомлен том, что результаты некоторых видов анализов выдаются только врачом и/или при личном обращении пациента и не могут быть отправлены по электронной почте.

Я проинформирован, что электронная почта является открытым источником информации и незащищённым открытым каналом связи. За несанкционированный доступ моему почтовому ящику третьих лиц, равно и за доступ к моим персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну, и утечку информации ООО «БАЛТСТАР» ответственности не несет. Настоящим принимаю на себя ответственность и все риски, связанные с несанкционированным доступом к моему почтовому ящику (персональным, данным, сведениям, составляющим врачебную тайну) третьих лиц.

Я проинформирован, что получение заключений специалистов, результатов лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований а также информации, связанной получением мною медицинских услуг в ООО «БАЛТСТАР», в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 27.07.2016 № 152-ФЗ «О персональных данных» относятся к сведениям, составляющим врачебную тайну.

Я отказываюсь от любых претензий за неполучение информации в случае повреждения / нарушения настроек телефонной связи / электронной почты, не зависящих от ООО «БАЛТСТАР». В случае изменения адреса электронной почты, указанного мною для отправки заключений специалистов, результатов диагностических исследований, обязуюсь незамедлительно уведомить об этом ООО «БАЛТСТАР». При неисполнении данного обязательства все неблагоприятные последствия принимаю на себя.

Я оставляю, за собой право отозвать свое согласие на основании п. 5 ст. 21 Федерального закона от 27.07.06 г "О персональных данных" N 152-ФЗ, посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской услуги. Подписывая настоящее согласие, я подтверждаю, что все указанные в настоящем согласии данные верны принадлежат непосредственно мне. Настоящее согласие действует бессрочно.

Ф.И.О.:

дата

Подпись: _____

ОБРАЗЕЦ

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство Приложение к договору _____

Я, Ф.И.О., дата и год рождения _____

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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 (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 ООО «БАЛТСТАР»

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)

« ___ » _____ 20__

ОБРАЗЕЦ

СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ на передачу персональных данных в ЕГИСЗ Приложение к договору _____

Я, Ф.И.О., дата и год рождения _____

СНИЛС : _____, телефон моб. _____

Документ, удостоверяющий личность Паспорт _____

адрес места регистрации (с индексом): _____

адрес электронной почты (при наличии) _____

Раздел заполняется:

законным представителем лица, не достигшего возраста 18 лет,
законным представителем лица, признанного недееспособным,
представителем по доверенности (иному документу).

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество представителя субъекта персональных данных полностью)

СНИЛС _____ телефон _____

адрес места регистрации (с индексом): _____

адрес электронной почты (при наличии) _____

реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя: _____

в соответствии с подпунктом «е» пункта 6 Постановления Правительства РФ от 1 июня 2021 г. N 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства РФ» _____

отметка о даче согласия / отказа

согласие/отказ на передачу следующих моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) Обществом с ограниченной ответственностью «БАЛТСТАР», расположенное по адресу: 197082, Санкт-Петербург, вн.тер.г.муниципальный округ № 65, ул. Оптиков, д. 37, стр. 1, помещ. 142-Н, ОГРН 5067847030301 ИНН 7840339803, в ЕГИСЗ: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, дата и место рождения, адрес, паспортные данные, СНИЛС, гражданство, семейное и социальное положение, место работы и занимаемая должность, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), Сведения о заболеваниях (состояниях), Сведения о назначенных и отпущенных лекарственных препаратах с указанием средств идентификации лекарственных препаратов (кроме розничной продажи), специализированных продуктах лечебного питания, Сведения об оказанной медицинской помощи, Направление на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, Документы, формируемые при направлении пациентов в федеральную медицинскую организацию (направление на госпитализацию в федеральную медицинскую организацию, выписка из медицинской документации, сведения о согласии на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя), Сведения, содержащиеся в талоне на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, Сведения об отказе в госпитализации или о необходимости изменения плановой даты госпитализации, Результаты оказания высокотехнологичной медицинской помощи и специализированной медицинской помощи, рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению и медицинской реабилитации, Медицинское заключение об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием и медицинское заключение об отсутствии в организме наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, Сведения о наличии оснований для внеочередного медицинского освидетельствования и об аннулировании действующего медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием (при наличии такого заключения), Медицинское свидетельство о смерти и перинатальной смерти (далее - документ о смерти), сведения об умершем лице, предусмотренные формой документа о смерти, Медицинские свидетельства о рождении, сведения о родившемся, предусмотренные формой документа о рождении Иные сведения федеральных информационных систем в сфере здравоохранения, федеральных баз данных и федеральных регистров в сфере здравоохранения, предусмотренные нормативными правовыми актами Российской Федерации. Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва либо на срок хранения документации, установленный действующим законодательством. Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменного заявления не менее чем за 3 рабочих дня до даты отзыва согласия.

« ____ » _____ 20 ____

Подпись _____/Ф.И.О./