

Уведомление

Пациент _____

уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья

Подпись пациента _____

Расшифровка подписи _____

ДОГОВОР № _____

на оказание платных платных медицинских услуг

г. Магнитогорск _____

_____ года

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Семейный доктор» (далее- ООО « МЦ Семейный доктор»), адрес: 455049г. Магнитогорск , ул. Доменщиков 8а, лицензия № ЛО-74-01-005656 от 09 октября 2020 г., выданная Министерством здравоохранения Челябинской области, находящимся по адресу: 454000, г. Челябинск, ул. Кирова, 165, телефон +7 (351) 263-52-62, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией: оказание первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по : акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), лабораторной диагностике, операционному делу, анестезиологии и реаниматологии, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, физиотерапии, функциональной диагностике, вакцинации, оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по : вакцинации, терапии ; оказание первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по акушерскому делу, лабораторной диагностике, медицинскому массажу, операционному делу, анестезиологии и реаниматологии, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, физиотерапии, функциональной диагностике, вакцинации (проведению профилактических прививок); при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по : вакцинации (проведению профилактических прививок), организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), детской хирургии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, неврологии, аллергологии и иммунологии, нефрологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, анестезиологии и реаниматологии, профпатологии, психиатрии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, стоматологии детской, стоматологии терапевтической, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии, гастроэнтерологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии, хирургии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным,периодическим), медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособной, экспертизе качества медицинской помощи. Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 74 номер 006036339ОГРН 1147456000780, дата регистрации 11.02.2014г. регистрирующий орган Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы №17 по Челябинской области), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице медицинского регистратора _____, действующего на основании Доверенности № _____ с одной стороны, и граждан (-ка): _____, именуемый (-ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. На условиях настоящего Договора Исполнитель обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги, а Пациент обязуется принять и оплатить медицинские услуги, оказанные Исполнителем в порядке и в сроки, установленные в Договоре.

1.2. Объем оказываемых по настоящему Договору услуг определяется желанием Пациента и организационно-техническими возможностями Исполнителя. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, срок их предоставления приведены в Дополнительном соглашении, являющейся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.3. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, содержатся в Прейскуранте цен. В момент подписания настоящего

Договора пациент ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность, Прейскурантом цен Исполнителя, понимает

содержащуюся в них информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства

по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

1.4 На момент подписания настоящего Договора Пациент уведомлен 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.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными правовыми актами Российской Федерации, в том числе с

порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации

2.1.2. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.

2.1.3. Предупредить Пациента в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре. Исполнитель предоставляет дополнительные медицинские услуги на возмездной основе с согласия Пациента. 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».

2.1.4. Обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, лечебного питания, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств, расходных материалов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования.

2.1.5. Предоставлять Пациенту достоверную 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 лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.6. Вести медицинскую документацию в установленном порядке. После исполнения договора выдать Пациенту копии медицинских

документов, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

2.1.7. Исполнитель гарантирует обязательное соблюдение санитарного режима, наличие соответствующих сертификатов врачей.

2.1.8. Предупредить Пациента о невозможности оказания платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний.

2.1.9. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного

Министерством здравоохранения

Российской Федерации, либо по просьбе и с согласия Пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в

объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2..2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Требовать от Пациента предоставления всей информации, необходимой для оказания ему платных медицинских услуг.

2.2.2. В случае опоздания Пациента более чем на десять минут к назначенному времени после согласования с лечащим врачом перенести срок получения услуг.

2.2.3. Прогнозируемые гарантии устанавливаются врачом индивидуально исходя из общего состояния здоровья пациента, выполняемости плана

лечения, клинической картины.

2.2.4. С письменного согласия Пациента направлять результаты анализов Пациента по адресу электронной почты, указанной Пациентом.

2..3. Пациент обязуется:

2.3.1. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные медицинские услуги, в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.3.2. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача по лечению, а также указания, предписанные на период после оказания услуг.

2.3.3. Выполнять Правила внутреннего распорядка Исполнителя требования и предписания медицинского персонала Исполнителя. Соблюдать

внутренний режим нахождения в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.3.4. Выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя.

2.3.5. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты, в том числе бирки гардероба, или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Пациента и/или лиц его сопровождающих Пациент обязуется в течение 30 дней возместить Исполнителю действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

2.3.6. Подписать и предать Исполнителю акт оказанных услуг.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. На выбор врача-специалиста.

2.4.2. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым в интересах Пациент

может быть передана информация о состоянии здоровья лица, в интересах которого действует Пациент.

2.4.3. На отказ от медицинского вмешательства.

2.5. Порядок получения Пациентом информации о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах

медицинского обследования, диагноза заболевания и т.д. Пациент имеет право выбрать получение информации о состоянии своего здоровья одним из перечисленных способов:

- получение информации лично на руки - получение в форме электронного сообщения в личный кабинет

- получение по электронной почте
- получение информации посредством телефонной связи, путем сообщения пациентом кодового слова
Получение информации посредством электронного сообщения в личный кабинет, по электронной почте, телефонной связи (путем сообщения пациентом кодового слова) осуществляется на основании письменного заявления Пациента. Кодовое слово - секретный пароль, назначаемый Пациентом самостоятельно, не подлежащий разглашению третьим лицам, предназначенный для идентификации Пациента, который он называет при получении информации о состоянии своего здоровья. Указывается на русском языке в Заявлении о способе выбора предоставления информации о состоянии здоровья. Только Пациент вправе изменять Кодовое слово. Кодовое слово может изменяться Пациентом необходимое количество раз на основании письменного заявления. В качестве кодовых слов не могут быть использованы слова и словосочетания, содержащие ненормативную лексику, а также оскорбительные высказывания и выражения.
Предоставление Пациенту информации о состоянии его здоровья посредством телефонной связи, электронного сообщения в личный кабинет, по электронной почте, не является незаконным разглашением врачебной тайны и может осуществляться Исполнителем при наличии соответствующего заявления, подписанного Пациентом, с указанием кодового слова.
В случае утери кодового слова, логина или пароля, дающих право доступа в личный кабинет, электронную почту, а также наступления других обстоятельств, следствием которых может стать несанкционированный доступ к информации третьих лиц, Пациент обязан сообщить Исполнителю не позднее 1 (одного) рабочего дня, следующего за днем наступления события. Сообщение должно быть составлено в виде письменного заявления, заполненного в свободной форме, для блокировки оказания услуги Исполнителем, и передано (лично, через доверенное лицо) Исполнителю.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ СРОКИ, ВИДЫ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость предоставляемых медицинских услуг определяется на основании Прейскуранта цен Исполнителя в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг (Дополнительное соглашение). Пациент оплачивает услуги, в течение суток, по цене, указанной в Дополнительном соглашении к настоящему Договору. Оплата услуг осуществляется через кассу Исполнителя, либо в безналичном порядке. Пациенту выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).

3.2 При оказании медицинских услуг на основании абонементного обслуживания (курса процедур), порядок оплаты и количество услуг, определяются дополнительным соглашением к настоящему договору. Если Пациент воспользуется медицинскими услугами, подлежащими оплате, в меньшем количестве, чем это предусмотрено на основании абонементного обслуживания, то в таком случае, стоимость каждой медицинской услуги оплачивается исходя из цен при разовом посещении, предусмотренных Прейскурантом.

3.3 Пациенту, направленному в клинику Исполнителя страховой компанией Пациента в соответствии с условиями его договора на ДМС медицинские услуги, предусмотренные программой ДМС и Страховым полисом Пациента, оказываются за счет страховых взносов на добровольное медицинское страхование по программам добровольного медицинского страхования страховой компании Пациента в соответствии с договором между Исполнителем и страховой компанией на предоставление лечебно-профилактической помощи по программе ДМС. Медицинские услуги, не входящие в Программу ДМС Пациента, оплачиваются Пациентом дополнительно за счет собственных средств в порядке и размере, предусмотренном настоящим договором

3.4 Оплата услуг может быть произведена путем внесения Пациентом авансового платежа на лицевой счет самого Пациента (депозит). С момента его внесения пациент приобретает право на оказание ему медицинских услуг на сумму внесенного платежа в соответствии с условиями настоящего договора. Исполнитель по мере исполнения своих обязательств перед пациентом расходует с его лицевого счета денежные средства в сумме, соответствующей объему предоставленных медицинских услуг, для чего ему согласие пациента получать не требуется. Информация о наличии денежных средств на лицевом счете сообщается Исполнителем Пациенту по его просьбе.

3.5 Способом оплаты медицинских услуг Пациент может использовать подарочные сертификаты, по номиналу которых, пациент приобретает право оплатить часть или полностью всю стоимость медицинских услуг в соответствии с условиями такого документа. Подарочный сертификат не является именным и обязанность по исполнению обязательств, удостоверенных сертификатом, не поставлена договором в зависимость от каких-либо условий, в том числе предъявления документа, подтверждающего факт уплаты за них денежных средств.

3.6 При оказании услуги, связанной с проведением операций органов зрения, стоимость материалов и препаратов, необходимых для проведения операции конкретному пациенту, оплачивается в размере 100% до начала оказания услуги.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует в течение 12 календарных месяцев, но в любом случае

до полного выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору.

4.2. Договор считается пролонгированным на тех же условиях и на тот же срок, если Стороны за 30 календарных дней до истечения срока его

действия не заявят письменного намерения о прекращении договора. Количество пролонгаций не ограничено.

4.3. В случае отказа Пациентом после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует

Пациента о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

4.4 Договор может быть изменен по обоюдному согласию сторон в порядке, предусмотренном текущим законодательством.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма, а также в случае, если Пациент не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, вследствие нарушения (несоблюдения) рекомендаций врачей, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

5.3 Пациент возмещает Исполнителю убытки, если Исполнитель не смог оказать медицинские услуги или прекратил их по вине Пациента.

5.4 Пациент возмещает Исполнителю убытки, если Исполнитель не смог оказать медицинские услуги или прекратил их по вине Пациента. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае не достижения согласия - в суде общей юрисдикции.

5.5 Пациент или лицо, его сопровождающее, возмещает исполнителю нанесенный ущерб в полном объеме вследствие причинения исполнителю имущественного ущерба (утрата или порча имущества).

6. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

6.1 Услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Пациента приобрести медицинскую услугу на возмездной основе.

6.2 Пациент предоставляет Исполнителю всю документацию, информацию и другие сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

6.3 Пациент ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых услуг.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон. Пациент подтверждает, что при подписании настоящего договора с правилами поведения пациентов в ООО "Медицинский центр "Семейный доктор" ознакомлен

Исполнитель ООО «МЦ «Семейный доктор» 455044г. Магнитогорск . пр. Ленина ,88/2 455049г. Магнитогорск , ул. Доменщиков ,8а К/с 3010181070000000949,р/с40702810700000102448 в ОАО «КредитУралБанк» г. Магнитогорск ИНН 7456020292,КПП745601001,БИК047516949	Пациент: Гр. _____ адрес: _____ номер телефона: _____ Паспорт: серия _____, номер _____ выдан _____ _____ / _____ подпись
---	---

М.П.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ

Я, _____, паспорт серия _____, номер выдан г. _____, получил (а) разъяснение, предусмотренное ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, которое является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства.

Настоящим я подтверждаю свое добровольное согласие на проведение в соответствии с назначениями врача следующих диагностических, лечебных процедур и манипуляций: осмотр врача (дежурного, лечащего, приглашенных консультантов и т. д.); лабораторные исследования (анализы крови, мочи, кала и других сред (общеклинические, биохимические, бактериологические, иммунологические, гистологические и т. д.)); все виды эндоскопических исследований (кольпоскопия, ФГС и т. д.); все виды лучевой диагностики (УЗИ, рентгенологические исследования и т. д.); все виды функциональной диагностики (ЭКГ, ЭЭГ, спирография, холтер и т. д.); преоральный прием лекарственных препаратов; парентеральное введение лекарственных препаратов (подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции, внутривенные вливания, ингаляции); диагностические и лечебные пункции; физиотерапевтические процедуры; наложение повязок различного рода, швов, лечение на аппарате сургитрон. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно. Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести, особенностях течения, диагнозе, прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске и возможных осложнениях заболевания

представляемого. Я проинформирован(а) о целях, характере и возможных неблагоприятных последствиях диагностических и лечебных процедур, о том, что предстоит мне делать во время их проведения. Я знаю, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и выполнять другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных лекарств. Мне понятно, что для получения лучших результатов лечения необходимо исполнять все требования, назначения, рекомендации врача. Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, рекомендаций врача, препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных представляемым и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на представляемого во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я понял(а) цель и характер предстоящих представляемому медицинским вмешательств.

У меня нет оснований не доверять или сомневаться в квалификации врачей. В случае возникновения непредвиденных ситуаций, осложнений в процессе лечения я согласен(на) на проведение мероприятий, которые, с точки зрения лечащего врача, целесообразны. Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы, касающиеся проводимых представляемому исследований и лечебных мероприятий, и на все вопросы мне были даны исчерпывающие ответы. Настоящее соглашение подписано пациентом после проведения разъяснительной беседы. Настоящее соглашение действительно в течение года с даты его подписания.

Пациент: _____

Подпись _____ . Дата _____

Главврач: _____

Подпись _____ . Дата _____

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся, _____, проживающий по адресу: _____, паспорт серия _____, номер выдан г. _____, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО МЦ «Семейный доктор» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания 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. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС). Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет - для поликлиники). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной 06.04.2021 и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие 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 помощи.

Почтовый адрес субъекта персональных данных Россия, _____

Подпись субъекта персональных данных _____

МП