

ДОГОВОР № _____
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ

г. Москва

« ___ » _____ 20 г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Поликлиника № 3» Управления делами Президента Российской Федерации в лице Главного врача Шараповой Е.И., действующей на основании Устава и лицензии, действующей бессрочно, рег. номер Л041-00110-77/00575027, выданной 18 октября 2018 года Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и

_____,
Ф.И.О. (заказчика, потребителя, законного представителя – ненужное зачеркнуть)
именуем(-ая,-ый) далее «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее – «Договор») о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Предметом настоящего Договора является оказание Потребителю медицинских и иных услуг за плату в пределах видов и объема медицинских и иных услуг, указанных в Приложении № 2, в течение срока действия настоящего Договора.

1.2. Виды и объем предоставляемых платных медицинских и иных услуг определяются Потребителем и Исполнителем по взаимному согласию.

1.3. Виды и объем платных медицинских и иных услуг считаются согласованными Сторонами в момент их оплаты Потребителем (-ями).

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

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

б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

в) на основе клинических рекомендаций;

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

1.5. Платные медицинские услуги соответствуют 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. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Оказывать с согласия Потребителя указанные в Приложении № 2 к настоящему Договору платные медицинские и иные услуги в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и условиями Договора на основании действующей лицензии (Приложение № 7).

2.1.2. Предоставлять по желанию Потребителя информацию о методах рекомендуемого лечения и о возможных осложнениях, включая технологические особенности манипуляции, процедуры, вмешательства.

2.1.3. Соблюдать врачебную тайну, обеспечить защиту прав Потребителя при обработке персональных данных и не предоставлять персональные данные третьим

лицам (кроме случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации). С согласия и на основании заявления Потребителя или его законного представителя допускается передача сведений, относящихся к персональным данным, третьим лицам в интересах обследования и лечения Потребителя (Приложение № 3).

2.1.4. Вести учет оказанных Потребителю платных медицинских и иных услуг.

2.1.5. Оформлять Потребителю в день его обращения одноразовые пропуска для прохода на территорию Исполнителя.

2.1.6. Предоставлять Потребителю (законному представителю Потребителя – родителю, усыновителю, попечителю) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

а) 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;

б) 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, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

2.1.7 Выдать медицинские документы, выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя 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 в день обращения.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Требовать от Потребителя предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских и иных услуг.

2.2.2. Привлекать, при необходимости, третьих лиц, имеющих необходимые разрешения, для оказания Потребителю отдельных видов платных медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящим Договором.

2.2.3. В случае возможной угрозы жизни и/или здоровью Потребителя самостоятельно определять объем платных медицинских и иных услуг. Отказ Потребителя от получения рекомендованной медицинской помощи с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Потребителем либо его законным представителем, а также медицинским работником Исполнителя.

2.2.4. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий отказать ему в их проведении и вернуть Потребителю денежные средства, уплаченные им для получения платных медицинских и иных услуг.

2.2.5. Отказать в оказании платных медицинских и иных услуг (Приложение № 2) Потребителю, находящемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

2.3. Потребитель обязан:

2.3.1. Своевременно и в полном объеме в соответствии с условиями Договора вносить плату за оказываемые медицинские и иные услуги.

2.3.2. Соблюдать условия Договора, Правила внутреннего распорядка для пациентов федерального государственного бюджетного учреждения «Поликлиника № 3» Управления делами Президента Российской Федерации, размещенных на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: [Правила внутреннего распорядка.pdf \(pudp.ru\)](#), бережно относиться к имуществу Исполнителя, соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности.

2.3.3. Сообщать все сведения, необходимые для оказания платных медицинских и иных услуг, в том числе о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях и т.п.

2.3.4. Добросовестно выполнять указания (рекомендации) медицинских работников Исполнителя, которые даются Потребителю в ходе получения платных медицинских и иных услуг. За последствия невыполнения Потребителем полученных

указаний (рекомендаций) Исполнитель ответственности не несет и имеет право отказать в дальнейшем оказании платных медицинских и иных услуг в соответствии с Уведомлением (Приложение № 1, 5).

2.3.5. Информировать Исполнителя об изменениях адреса места жительства (места пребывания), номера телефона, паспортных данных и т.д. в течение 7 (Семи) календарных дней после получения информации об изменениях.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

2.4.2. По письменному запросу проводить сверку взаиморасчетов с Исполнителем.

2.4.3. Расторгнуть Договор в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

По курсовым услугам (программам), а также услугам, предусматривающим более одной процедуры (сеанса, занятия), расчет фактически понесенных Исполнителем расходов производится в размере 100 процентов стоимости оказанных услуг по прейскуранту за одну услугу, без учета скидок.

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

3. ТАРИФЫ НА УСЛУГИ. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.

3.1. Стоимость медицинских и иных услуг, оказываемых Потребителю по Договору, определяется тарифами на платные медицинские и иные услуги, действующими на момент оказания услуги.

3.2. Тарифы на платные медицинские и иные услуги устанавливаются Исполнителем, размещаются на информационном стенде в кабинете платных медицинских услуг, на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет (прейскурант): (pu.dp.ru) и могут изменяться Исполнителем в течение срока действия настоящего Договора в одностороннем порядке.

3.3. Потребителю могут быть предоставлены скидки от действующих тарифов на платные медицинские и иные услуги. Условия и порядок предоставления скидок устанавливаются приказом Исполнителя, который размещается на информационном стенде в кабинете платных медицинских услуг.

3.4. Оплата платных медицинских услуг производится Потребителем до их оказания (предоплата) путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или в безналичном порядке банковской картой на расчетный счет Исполнителя.

3.4.1. Оплата платных иных услуг (немедицинских) производится Потребителем отдельным платежом путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя в день оказания этих услуг.

3.5. Услуги, которые оказываются Потребителю Исполнителем в дневном стационаре, оплачиваются в день госпитализации (или накануне) путем внесения аванса, размер которого определяется индивидуально в каждом конкретном случае с учетом планируемого лечения.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.2 Гарантия на оказанные услуги, выполненные работы, оказанные Потребителю по профилю «стоматология», представляется на срок 1 (один) год с даты завершения (сдачи) работ, оказания услуг, зафиксированной в медицинской карте Потребителя.

Гарантийные обязательства Исполнителя прекращаются в случае неисполнения Потребителем назначений (рекомендаций) медицинских работников Исполнителя, выданных в ходе или непосредственно после завершения оказания медицинской услуги стоматологического профиля.

4.3. Исполнитель не отвечает за осложнения, возникшие у Потребителя вследствие невыполнения им/ими указаний и рекомендаций медицинских работников Исполнителя, которые должны обеспечить успешную реабилитацию после оказания медицинских и иных услуг.

4.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по Договору, если это неисполнение явилось следствием действия обстоятельств непреодолимой силы (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, запретительные меры органов государственной власти и т.д.).

4.5. За просрочку Потребителем оплаты медицинских и иных услуг, Исполнитель, после письменного предъявления претензии, имеет право взыскать в размере 0,1 % от суммы просроченного платежа за каждый день просрочки.

4.6. При несоблюдении Потребителем Правил и условий медицинского поликлинического обслуживания ФГБУ «Поликлиника № 3» (Приложение № 6), Правил внутреннего распорядка федерального государственного бюджетного учреждения «Поликлиника № 3» Управления делами Президента Российской Федерации, а также совершении действий, причинивших ущерб Исполнителю или иным лицам, находящимся на территории Исполнителя, Исполнитель имеет право в одностороннем порядке прекратить Договор без права заключения Потребителем нового договора на оказание платных медицинских и иных услуг и потребовать от Потребителя возмещения причиненного ущерба.

4.7. В случае возникновения конфликтных ситуаций Стороны принимают все меры по их урегулированию путем переговоров с привлечением, при необходимости, независимых экспертов. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров он подлежит разрешению в соответствии с законодательством Российской Федерации. До предъявления иска в суд обязательно соблюдение претензионного порядка урегулирования споров, при этом срок рассмотрения претензии получившей ее стороной составляет 10 (Десять) рабочих дней.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

5.1. Срок действия Договора с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

5.2. Договор может быть расторгнут по желанию любой из Сторон путем письменного уведомления другой стороны о расторжении в срок не менее чем за 1 (Один) календарный месяц до предполагаемой даты расторжения.

5.3. Все изменения и дополнения к Договору действительны и являются неотъемлемой частью Договора только при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

5.4. Договор составлен в 2 (Двух) подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

6. ПРИЛОЖЕНИЯ

6.1. Приложение № 1 – Уведомление в соответствии с п.24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг,

утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736

- 6.2. Приложение № 2 – Виды медицинских и иных услуг;
- 6.3. Приложение № 3 - Заявление субъекта персональных данных о согласии на обработку его персональных данных;
- 6.4. Приложение № 4 - Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств;
- 6.5. Приложение № 5 – Уведомление;
- 6.6. Приложение № 6 – Правила и условия медицинского поликлинического обслуживания ФГБУ «Поликлиника № 3»;
- 6.7. Приложение № 7 – Копия лицензии на осуществление медицинской деятельности.

6. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ФГБУ «Поликлиника № 3»
Адрес: 129090, г. Москва, Грохольский пер., д. 31
Справки по телефонам: (495) 680-99-44, (495) 680-90-79,
(495) 982-10-84, 982-10-00
Адрес сайта: <http://www.pudp.ru/>
Телефоны: (495) 982-10-19, (495) 680-97-65, (495) 680-73-65
ОГРН 1027700358707; ИНН/КПП 7708021233/770801001;
УФК по г. Москве (ФГБУ «Поликлиника № 3» л/с 20736Х43460),
ГУ Банка России по ЦФО, р/с 03214643000000017300,
БИК 004525988, КБК 00000000000000000130;
ОКАТО 45286565000; ОКТМО 45378000

Главный врач
ФГБУ «Поликлиника № 3»

_____/Е.И. Шарапова/

М.П.

От Исполнителя по доверенности
№ от _____ 20__ г.

_____/_____/

ПОТРЕБИТЕЛЬ (-И):

Ф.И.О.
Паспорт серия _____ № _____ выдан

Зарегистрирован по адресу:

Фактический адрес:

Контакты (телефоны, e-mail):
Место работы, должность :

Потребитель

Уведомление

(в соответствии с п.24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736)

ФГБУ «Поликлиника № 3» уведомляет

Потребителя (Заказчика), об обязанности соблюдения режима лечения и что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского персонала, оказывающего платные медицинские услуги, в том числе назначенного режима лечения и связанных с ним ограничений, может снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в установленные сроки или отрицательно сказаться на состоянии здоровья получателя платной медицинской услуги, снизить качество медицинской услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя (Заказчика).

В указанном случае ФГБУ «Поликлиника № 3» не несет ответственности за ухудшение состояния здоровья получателя платной медицинской услуги.

Гражданин, обратившийся за оказанием платных медицинских услуг или медицинской помощи в рамках ДМС:

(ФИО, подпись)

«__» _____

Настоящее уведомление оформлено и подписано от ФГБУ «Поликлиника № 3»:

(должность, Ф.И.О работника ФГБУ Поликлиника №3)

Поликлиникой оказываются следующие виды медицинских и иных услуг:

Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь по соответствующим медицинским специальностям в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утв. приказом Минздрава России № 804н от 13.10.2017:

047 – терапия;	023 – неврология;
015 – кардиология;	035 – психиатрия;
040 – ревматология;	034 – психотерапия;
037 – пульманология;	036 – психиатрия- наркология;
004 – гастроэнтерология;	065 – стоматология терапевтическая и стоматология общей практики;
058 – эндокринология;	066 – стоматология ортопедическая;
025 – нефрология;	067 – стоматология хирургическая;
005 – гематология;	063 – ортодонтия;
002 – аллергия и иммунология;	013 – диетология;
014 – инфекционные болезни;	041 – рефлексотерапия;
055 – фтизиатрия;	054 – физиотерапия;
028 – оториноларингология;	020 – лечебная физкультура;
046 – сурдология-оториноларингология;	022 – мануальная терапия;
001 – акушерство и гинекология;	056 – функциональная диагностика;
057 – хирургия;	040 – ревматология;
050 – травматология и ортопедия;	070 – прочие (гомеопатия, сурдология и слухопротезирование,
018 – колопроктология;	логопедия, медицинская психология, парадонтология,
053 – урология;	вертебропатология, биорезонансная диагностика, гирудотерапия,
027 – онкология;	реабилитология, вспомогательные репродуктивные технологии,
029 – офтальмология;	криоконсервация (замораживание и/или хранение) половых
008 – дерматовенерология и косметология;	клеток/эмбрионов и др.

Лабораторная диагностика:

Инструментальная диагностика (функциональная, ультразвуковая, рентгенологическая, эндоскопическая);

Диагностические исследования (компьютерная и магнитно-резонансная томография; компьютерная маммография; радионуклидная диагностика с позитронно-эмиссионной томографией, нейрофизиология и др.).

Услуги дневного стационара (офтальмологические, урологические, гинекологические, хирургические, дерматологические):

- Проведение оперативного лечения с использованием малоинвазивных методов (лазерная хирургия, электрохирургия, эндоскопическая хирургия, микрохирургия);
- Проведение операций под местным или общим обезболиванием (местная анестезия, наркоз);
- Активная инфузионная терапия для коррекции патологических состояний (сосудистые заболевания вен и артерий, обменные заболевания, офтальмологическая и дерматологическая патология);
- Мониторное наблюдение за больным в процессе оперативного лечения и в послеоперационных палатах.

Диспансеризация и профилактическая вакцинация.

Физиотерапевтические (ингаляций, электросветолечение, рефлексотерапия, иглорефлексотерапия)

Профилактика (массаж, лечебная физкультура)

Выдача листов временной нетрудоспособности.

Оформление справок (для получения права допуска к управлению транспортным средством, на владение оружием, для выезда за границу, для посещения бассейна, для поступления в учебное заведение, а также проведения освидетельствования на профпригодность, усыновление (удочерение) и др.).

Иные медицинские и иные (немедицинские) услуги.

Услуги отделения медицинской реабилитации:

1. Психосоматическая оздоровительная программа реабилитации;
2. Медицинская реабилитационная программа "Оздоровление мужчины";
3. Медицинская реабилитационная программа "Оздоровление женщины";
4. Медицинская реабилитационная программа "Избыточный вес";
5. Медицинская реабилитационная программа "Оздоровление позвоночника";
6. Медицинская реабилитационная программа "Оздоровление суставов";
7. Программа реабилитации женщин в послеродовой период;
8. Программа реабилитации беременных 1 триместр;
9. Программа реабилитации беременных 2 триместр;
10. Программа реабилитации беременных 3 триместр.

Все программы составлены врачами отделения реабилитации с учетом оптимального сочетания процедур для достижения максимального эффекта в короткий срок. Срок действия каждой программы 2 (Два) календарных месяца.

11. Оздоровительная программа

ЛФК в бассейне групповое

ЛФК в зале групповое

Занятия на реабилитационных тренажерах

В течение всего срока действия программы (договора) доступно 12 посещений в месяц.

Процедуры, не вошедшие в перечень программы или назначенные в большем количестве, при согласии пациента, отпускаются и проводятся с оплатой согласно «Прейскуранту стоимости платных медицинских услуг».

Замена услуг (процедур), включенных в стоимость программы реабилитации осуществляется только при наличии у пациента противопоказаний к проведению данной услуги и письменного согласования с заведующим отделения реабилитации. Замена услуги может быть произведена на равнозначную по стоимости (одну услугу или несколько услуг).

Посещение всех процедур осуществляется строго по предварительной записи. В случае пропуска процедуры без предварительного уведомления до 20.00 предыдущего дня, услуга считается оказанной.

Дни приема:

с 8.00 до 20.00 (в будние дни),

с 8.00 до 14.00 (в субботу в период с 30 апреля по 30 сентября)

с 8.00 до 15.00 (в субботу в период с 01 октября по 29 апреля)

Воскресенье – выходной.

Главному врачу
ФГБУ «Поликлиника № 3»
Шараповой Е.И.

Заявление
субъекта персональных данных о согласии на обработку его персональных данных

(форма введена в действие «Положением о защите персональных данных» от 15.05.2012, номенклатурный № 26.48.01-22/01)

Я, _____ зарегистрированный (-ая) по адресу _____

(фамилия, имя, отчество полностью)

_____ ,
(адрес места жительства и места пребывания)

_____ ,
(вид документа, удостоверяющего личность, серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

в соответствии с требованиями статей 6 и 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в целях обеспечения квалифицированного медицинского обслуживания, даю согласие Оператору - федеральному государственному бюджетному учреждению «Поликлиника № 3» Управления делами Президента Российской Федерации, расположенному по адресу: город Москва, Грохольский переулок, дом 31 на получение и обработку моих персональных данных, а именно:

- 1) фамилия; имя; отчество;
- 2) пол;
- 3) дата рождения;
- 9) адрес места жительства и места пребывания;
- 10) домашний телефон;
- 11) мобильный телефон;
- 21) данные полиса обязательного и/или добровольного медицинского страхования (ОМС/ДМС);
- 24) данные о состоянии моего здоровья: о заболеваниях, о случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, о назначенном лечении, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну;
- 33) биометрические данные (фотография);

Примечание: нумерация видов персональных данных приведена в соответствии с «Перечнем персональных данных субъектов, подлежащих защите в информационной системе персональных данных ФГБУ «Поликлиника № 3», утверждённым приказом главного врача ФГБУ «Поликлиника № 3» от 19.07.2012 № 185.

предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные, в том числе биометрические данные, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчётные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации.

Я обязуюсь предоставлять персональные данные, соответствующие действительности, а в случае их изменения своевременно (в течение трех рабочих дней) направлять их Оператору для коррекции.

Оператор имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией, фондом обязательного медицинского страхования, фондом социального страхования, Главным медицинским управлением, Центральным медицинским архивом, другими ЛПУ и ЦКБ УДП РФ и статистическим управлением с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять конфиденциальность информации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

При оказании мне Оператором 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.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мною в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручён лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан:

- а) прекратить обработку моих персональных данных;
- б) уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации в срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления указанного отзыва, без уведомления меня об этом.

Я утверждаю, что ознакомлен (-а) с документами поликлиники, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области, я предупрежден (-а) о возможных последствиях прекращения обработки своих персональных данных.

Настоящее согласие действует бессрочно.

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

(Ф.И.О.)

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,
включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,
на которые граждане дают информированное добровольное согласие**

Я, _____ года рождения, зарегистрированный (-ая) по адресу:

_____ (фамилия, имя, отчество)

_____, 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 (далее – Перечень), утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., № 24082) для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в федеральном государственном бюджетном учреждении «Поликлиника № 3» Управления делами Президента Российской Федерации:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Я ознакомлен (-а) с содержанием пункта 5 части 5 статьи 19, части 3.1 статьи 13, частей 3, 4 и 5 статьи 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние моего здоровья, лицам, упомянутым в вышеуказанных нормах Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также разглашение им сведений, составляющих врачебную тайну, запрещаю

_____,
(Ф.И.О. гражданина)

_____,
(контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

« ____ » _____ 20__ г.
(дата оформления)

УВЕДОМЛЕНИЕ

г. Москва

«__» _____ 20__ г.

Настоящим уведомлением я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

_____ рождения, _____
число, месяц, год) (вид документа, удостоверяющего личность)

(серия, номер, когда и кем выдан документ, удостоверяющий личность)

уведомлен (уведомлена) о наличии схожих медицинских услуг, оказываемых в районных поликлиниках по программе обязательного медицинского страхования (ОМС);

я ознакомлен (ознакомлена) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями предоставления, и порядком оплаты платных медицинских услуг в соответствии с договором;

я уведомлен (уведомлена) 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 и иной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья заказчика (потребителя).

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских / немедицинских услуг с федеральным государственным бюджетным учреждением «Поликлиника № 3» Управления делами Президента Российской Федерации (ФГБУ «Поликлиника № 3»).

Я подтверждаю свое согласие на получение уведомлений от ФГБУ «Поликлиника № 3» по электронной почте или SMS.

(фамилия, имя, отчество уведомляемого)

(адрес места жительства или места пребывания, по которому зарегистрирован уведомляемый)

(вид документа, удостоверяющего личность, серия, номер, когда и кем выдан)

(подпись)

**Правила и условия медицинского поликлинического обслуживания
ФГБУ «Поликлиника № 3»**

1. Квалифицированная медицинская помощь оказывается в соответствии с медико-экономическими стандартами: пациентам назначается весь необходимый объем диагностических и лечебных мероприятий, позволяющий обеспечить качество лечения и диагностики на уровне международных стандартов.
Медицинская помощь оказывается в соответствии с режимом работы поликлиники: понедельник-пятница – с 08.00 до 20.00; суббота – с 30.04 по 30.09 – с 08.00 до 14.00, с 01.10 по 29.04 – с 08.00 до 15.00.
2. Прием в Поликлинике осуществляется по предварительной записи. Запись на прием к врачу осуществляется через регистратуру по телефонам в часы работы поликлиники:
Врачи-специалисты 982-10-10
Стоматологическое отделение 982-10-40
Вызов на дом принимается по телефону 982-10-80, с 08.00 до 14.00 с понедельника по субботу
Выполнение вызова производится в соответствии с графиком работы поликлиники силами дежурного врача терапевта по адресу, указанному в Договоре.
Медицинская помощь на дому осуществляется в границах МКАД города Москвы, в остальных случаях по гарантийным письмам Заказчика.
Вход на территорию Поликлиники осуществляется строго по пропускам Поликлиники утвержденного образца.
3. Пациент не имеет права передачи другому лицу пропуска, истории болезни, дающих право на оказание медицинских и иных услуг. Использование права входа на территорию Поликлиники и получение медицинских и иных услуг другим лицом, кроме прикрепленного к Поликлинике, запрещено. При выявлении таких случаев Заказчик оплачивает Поликлинике стоимость медицинских и иных услуг, оказанных другому лицу, в полном размере, а прикрепленный пациент снимается с медицинского обслуживания без права повторного прикрепления.
4. На период отсутствия лечащего врача по объективным причинам Поликлиника имеет право смены врача.
5. По всем вопросам медицинского обслуживания, в том числе лечения и диагностического обследования, Пациент обращается к лечащему врачу.
6. Все виды плановой медицинской помощи в Поликлинике предоставляются по направлению лечащего врача.
7. Общение Клиента с сотрудниками Поликлиники производится в корректной форме.
8. Пациенты обязаны выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг (в части исполнения диагностических и лечебных мероприятий, процедур и манипуляций, назначенных лечащим врачом и врачами-консультантами), включая сообщение необходимых для этого сведений.
9. Несогласие с тактикой обследования и лечения, полный или частичный отказ от выполнения врачебных назначений доводятся Клиентом до сведения врача и оформляются письменно. В ином случае Поликлиника ограничивает сферу ответственности за последствия, связанные со здоровьем и жизнью Клиента, в соответствии с действующим законодательством.
10. В случае отмены записи пациент обязан сообщить об этом не позднее, чем за 2 часа в регистратуру Поликлиники по тел. 982-10-10, 982-10-40.
11. В случае опоздания на прием к врачу, Пациент будет принят при первой возможности или по согласованию с пациентом в другой день. Опозданием на прием специалистов и диагностические исследования считается время в 10 минут.
12. Информация о состоянии здоровья, результатах анализов и обследования по телефону не сообщается.
13. Поликлиника оставляет за собой право вносить изменения в настоящие Правила.
14. По вопросам качества обслуживания ФГБУ «Поликлиника № 3» обращаться:
по телефону 982-14-03,
письмом по электронной почте vasilenko_lv@pudr.ru
письмом в адрес Поликлиники: 129090, Москва, Грохольский переулок, дом 31, кабинет 902.

Приложение № 7
к Договору № _____
на оказание платных медицинских /
немедицинских услуг
от «__» _____ 20__ г.

КОПИЯ ЛИЦЕНЗИИ
на осуществление медицинской деятельности