г. Красноярск «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Уведомление:**

Уважаемый Гражданин! Общество с ограниченной ответственностью «ГРАНД 2012», в лице директора Мартыновой Н.В. в соответствии с пунктом 15 Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" уведомляет Вас о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) «Исполнителя» (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии Вашего здоровья.

Уведомление представлено Гражданину до момента заключения договора о предоставлении платных медицинских услуг.

Гражданин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. полностью

|  |
| --- |
| являясь законным представителем – матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О. полностью, дата, месяц, год рождения лица, от имени которого, выступает законный представитель |

Директор ООО «ГРАНД 2012» Мартынова Н.В.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Информирование:**

 Общество с ограниченной ответственностью «ГРАНД 2012», в лице директора Мартыновой Натальи Викторовны

информирует Вас о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, на основании Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Федеральный закон от 06.10.2003 N 131-ФЗ "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации"

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

(фамилия, имя, отчество полностью)

|  |
| --- |
| являясь законным представителем – матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О. полностью, дата, месяц, год рождения лица, от имени которого, выступает законный представитель |

Информирован, о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я информирован, что, ООО «ГРАНД 2012» не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Гражданин Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директор ООО «ГРАНД 2012» . Мартынова Н.В.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Разрешение разглашения сведений, составляющих врачебную тайну:**

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

Ф.И.О. полностью

|  |
| --- |
| являясь законным представителем – матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О. полностью, дата, месяц, год рождения лица, от имени которого, выступает законный представитель |

в соответствии с требованиями статьи 13 Федерального закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", разрешаю ООО «ГРАНД 2012» разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, о факте моего обращения за медицинской помощью, состоянии моего здоровья, диагнозе заболевания, иные сведения, полученные при моем обследовании и лечении на основании Приказа Минздрава России от 29.06.2016 N 425н "Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента"

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(указывается кому - фамилия, имя, отчество полностью)

в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента.

Гражданин Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директор ООО «ГРАНД 2012» Ф.И.О. Мартынова Н.В.

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

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

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г. рождения, паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года

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

(кем, когда выдан)

зарегистрированный по адресу:

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

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, расположенному по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее-Оператор) моих персональных данных в целях заключения с Оператором договора на оказание платных медицинских услуг, дальнейшего его исполнения, совершения иных действий, порождающих юридические последствия в отношении меня и других лиц.

Персональные данные, на обработку которых, я даю свое согласие включают следующую информацию: моя фамилия, имя, отчество, пол, дата и место рождения, адрес, контактные данные, профессия, место работы, реквизиты страхового полиса, идентификационный номер налогоплательщика(ИНН), реквизиты пенсионного удостоверения (свидетельства), сведения о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии моего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, методах оказания медицинской помощи и любая иная информация, относящаяся к моей личности, доступная либо известная в любой конкретный момент времени Оператору.

Мои персональные данные могут быть получены Оператором как от меня лично, так и от любых третьих лиц, с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации.

Обработка моих персональных данных включает любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых Оператором для достижения указанных выше целей с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение,уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также иные действия с моими Персональными данными с учетом действующего законодательства.

Я согласен с тем, что для достижения указанных выше целей Оператор в случае необходимости или кажущейся целесообразности может предоставить мои Персональные данные третьему лицу, в том числе не медицинской организации, а так же в случаях привлечения третьих лиц к оказанию услуг в указанных целях.

Я согласен с тем, что обработка моих персональных данных будет осуществляться в соответствие со страховым законодательством и иным законодательством РФ, в случае оказания мне медицинских услуг по программам обязательного и(или) добровольного страхования.

Я согласен с тем, что Оператор в связи с передачей, принадлежащих ему функций и полномочий иному лицу имеет право передать таким третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам в необходимом объеме информацию и(или) документы, содержащие мои Персональные данные.

Я согласен с тем, что обработка моих Персональных данных может осуществляться Оператором и на иных основаниях, предусмотренных законодательством РФ.

Срок хранения моих Персональных данных соответствует сроку хранения медицинских документации, которой определяется законодательством РФ. Срок хранения амбулаторной карты стоматологического пациента составляет пять лет.

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа на имя Оператора, при этом я проинформирован, что у Оператора всё равно остаются основания для обработки моих Персональных данных, предусмотренные законодательством РФ.

Подписывая согласие на обработку моих персональных данных, я подтверждаю, что имел(а) возможность задать необходимые вопросы, получить на них ответы и, давая данное согласие, действую добровольно и осознанно.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. гражданина) |
|  |  | » |  |  |  | г. |  |

(дата оформления)

Директор ООО «ГРАНД 2012»

Ф.И.О. Мартынова Н.В.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_