

ГБУЗ «Новокузнецкая городская клиническая инфекционная больница имени В.В. Бессоненко» (ГБУЗ НГКИБ)
654038, г. Новокузнецк, ул. Моховая, д. 22, корпус 1; телефон: (3843) 320-999; e-mail: nkz-gib8@kuzdrav.ru

ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАКАЗЧИКА

сведения о Заказчике: Ф.И.О. полностью, дата рождения, адрес регистрации, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия и номер

паспорта, дата выдачи), контактный телефон

далее по тексту Заказчик, принимаю публичное предложение (Оферту) от 01 сентября 2023 г. ГБУЗ «Новокузнецкая городская клиническая инфекционная больница имени В.В. Бессоненко» (Учреждение) о заключении договора на оказание медицинских услуг (Договор), в соответствии с которым Учреждение обязуется оказать медицинские и сопутствующие услуги следующему лицу:

сведения о Пациенте: Ф.И.О. полностью, дата рождения, адрес регистрации, контактный телефон

далее по тексту Пациент, а я обязуюсь оплачивать оказанные услуги в соответствии с действующим в Учреждении Прейскурантом на медицинские услуги в день их оказания, если иное не предусмотрено Договором.

1. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ:

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. «О защите персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку уполномоченными сотрудниками ГБУЗ НГКИБ, ОГРН 1024201755687, место нахождения: Россия, 654038, г. Новокузнецк, ул. Моховая, д. 22, корпус 1 (далее – Оператор) моих персональных данных, а именно: фамилию, имя, отчество, пол, место рождения, дату рождения, гражданство, место и дата регистрации, место жительства, адрес проживания, данные (реквизиты) документа (паспорта), удостоверяющего личность адрес электронной почты, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС (при наличии), СНИС, моих биометрических персональных данных, а именно: моего видеоизображения и аудиозаписи моего голоса, данные о состоянии моего здоровья (включая анамнез, диагноз), случаях обращения за медицинской помощью, перечень, срок и объем оказанной медицинской помощи, и иные персональные данные, обрабатываемые в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного и добровольного страхования, проведения контроля качества и безопасности медицинских услуг (далее – Персональные данные). Предоставляю Оператору право направлять мне информационные сообщения по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в том числе, но не исключительно, о подтверждении, отмене, изменении даты и времени записи на прием к врачу, о готовности результатов исследований и анализов. 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 Оператора. Срок хранения моих Персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои Персональные данные другим должностным лицам Оператора, осуществляющим хозяйственную деятельность Оператора и третьим лицам, уполномоченным Оператором на обработку персональных данных в связи с технической необходимостью обработки в базах данных Оператора при обязательном соблюдении условий о конфиденциальности обрабатываемых данных. Заказчику медицинских услуг и его уполномоченным представителям, по договору с которым мне будут оказаны медицинские услуги.

Настоящее согласие действует бессрочно. Пациент вправе отозвать свое согласие на обработку Персональных данных посредством передачи Оператору под расписку соответствующего письменного заявления на бумажном носителе. Если заявление направляется по почте или передается Оператору через иное лицо, то подлинность подписи на нем должна быть нотариально засвидетельствована.

подпись Пациента / представителя

ФИО Пациента / Представителя

2. ИНФОРМИРОВАНИЕ ЗАКАЗЧИКА О ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

Я подтверждаю, что информирован о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий Российской Федерации бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я получил информацию о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, режиме работы учреждения, месте его нахождения, об имеющейся лицензии, осуществляемой медицинской

деятельности, о врачах, об уровне их образования и квалификации, правилах пребывания пациента в учреждении – с данной информацией ознакомился.

Я проинформирован о правах пациента, в том числе о праве на отказ от медицинского вмешательства, возможности допуска адвоката, законного представителя и священнослужителя.

Подписывая данное заявление, я однозначно выражаю свою волю, и желание на получение Пациентом медицинских услуг на платной основе в ГБУЗ «Новокузнецкая городская клиническая инфекционная больница имени В.В. Бессоненко». Мое решение об оказании пациенту медицинских услуг на платной основе (вне рамок обязательного медицинского страхования и Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи) принято в связи с моим собственным добровольным желанием и целенаправленным, осознанным выбором медицинской организации в котором оказываются платные услуги (ГБУЗ НГКИБ).

Я информирован и согласен, что оказываемые платные медицинские услуги не могут быть возмещены из средств обязательного медицинского страхования (бюджетных средств) и не будут возмещаться страховой компанией, в которой я застрахован по обязательному медицинскому страхованию.

Я подтверждаю, что не нахожусь в естественных или вынужденных обстоятельствах.

подпись Пациента / представителя

ФИО Пациента / Представителя

3. ИНФОРМИРОВАНИЕ ЗАКАЗЧИКА О МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ:

Я подтверждаю, что до меня доведена следующая информация: перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях; сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой государственных гарантий и территориальной программой, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при наличии их), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, путем размещения на сайте ссылок на «Официальный интернет-портал правовой информации» (<http://parvo.gov.ru>) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, а также путем размещения указанных ссылок на информационных стендах; сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг; сведения о медицинских работниках, участвующих в оказании платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации; график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных услуг; образцы договоров (Публичное предложение – Оферта); адреса и телефоны учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее - органы государственной власти и организации), 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 оказанию платных медицинских услуг и заключению договора (Оферты) на оказание данных услуг.

Информация размещена на официальном сайте учреждения в сети «Интернет» и на информационных стендах (стойках).

подпись Пациента / представителя

ФИО Пациента / Представителя

Я уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

« ____ »

дата

подпись Заказчика (Пациента)

ФИО Заказчика (Пациента)

Принято в день подачи
Представитель ГБУЗ НГКИБ

_____/_____/_____
подпись / ФИО
« ____ » ____ 20 ____ г.