Приложение №4

к Приказу №\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 года

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Согласовано:** |
|  | **Законный представитель/Попечитель** |
|  | **Гр-н \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | Адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Почтовый адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Реквизиты документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *вид документа,*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *серия, №, кем выдан, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *дата выдачи, код подразделения*  ИНН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  СНИЛС: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Банковские реквизиты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Реквизиты документа, подтверждающего права Законного представителя/Попечителя:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *вид документа (свидетельство о рождении, документ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *назначении попечителем и т.п.), серия, №, кем выдан, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *дата выдачи* |
|  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |

**ДОГОВОР №\_\_\_-\_\_\_/ПМУ**

**предоставления платных медицинских услуг**

(ограниченно дееспособному/несовершеннолетнему в возрасте от 14 до 18 лет)

город Москва \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ года

**Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России)**, ОГРН: 1026605629412, ИНН: 6663025890, КПП: 771501001, Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 01 июля 2002 года бланк серии 66 №003132428, запись внесена 09 декабря 2002 года Инспекцией МНС России по Орджоникидзевскому району г. Екатеринбурга, Лицензия на осуществление медицинской деятельности регистрационный номер Л041-00110-77/00384416 от 25 июня 2020 года (**Лицензия**), лицензирующий орган: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, расположенная по адресу: **109012, город Москва, Славянская площадь, дом 4, строение 1,** номер телефона: **8 (499) 578-02-20 (**перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с Лицензией указан в Приложении №1 к данному Договору предоставления платных медицинских услуг **(Договору)**, срок действия Лицензии - бессрочно (часть 4 статьи 9 Федерального закона от 04 мая 2011 года №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»), именуемое в дальнейшем **Исполнителем**, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны,

**гр-н \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем **Потребителем**, действующий от своего имени, в своих интересах и с согласия законного представителя/попечителя, с другой стороны,

совместно именуемые **Сторонами**, заключили Договор о нижеследующем:

**§1. Предмет Договора.**

* 1. В соответствии с условиями Договора, Потребитель (пациент) заказывает/приобретает и получает, а Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утверждаемой Минздравом России, согласно Прейскуранту Исполнителя (**Медицинские услуги**).
  2. Перечень, объём, стоимость и сроки предоставления Медицинских услуг устанавливаются в **Смете** (Приложении №2 к Договору).
  3. Медицинские услуги предоставляются медицинскими работниками Исполнителя.
  4. Сроки предоставления Медицинских услуг, установленные в Смете, могут быть продлены в случаях:
* необходимости замены лечащего врача, организации консультаций других медицинских работников (в том числе медицинских работников, не являющихся работниками Исполнителя), иных медицинских организаций - на количество дней, необходимых для осуществления замены лечащего врача или организации консультаций других медицинских работников/иных медицинских организаций;
* объективной необходимости изменения плана диагностики и лечения, согласованного Сторонами, влекущего изменение объёма предоставляемых Медицинских услуг.
  1. Медицинские услуги предоставляются на территории Исполнителя по адресам мест осуществления работ (услуг):
* 127473, город Москва, улица Достоевского, дом 4, корпус 1;
* 127473, город Москва, улица Достоевского, дом 4, корпус 2;
* 127473, город Москва, улица Достоевского, дом 4, корпус 3;
* 127473, город Москва, улица Достоевского, дом 4, корпус 4;
* 127473, город Москва, улица Достоевского, дом 4, строение 4.
  1. Ожидание Медицинских услуг осуществляется в:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | - стационарных условиях. |  | - амбулаторных условиях. |
| *нужное отметить знаком «V»* | | | |

* 1. Срок ожидания Медицинских услуг составляет 30 дней.
  2. Предоставление Исполнителем Медицинских услуг в объёме, превышающем объём выполняемого стандарта медицинской помощи допускается только с письменного согласия Потребителя.
  3. Предоставление Медицинских услуг (исполнение Договора) оформляется Актом сдачи-приёмки предоставленных Медицинских услуг (Приложение №3 к Договору).

**§2. Права и обязанности Сторон.**

**2.1. Исполнитель вправе:**

2.1.1. запрашивать у Потребителя сведения и документы (в том числе о предыдущем лечении в других медицинских организациях), персональную информацию;

2.1.2. на основании предоставленных Потребителем сведений и в соответствии с состоянием здоровья Потребителя уточнять объём Медицинских услуг, предоставляемых Потребителю. При этом Исполнитель имеет исключительное право на выбор сроков, методов обследования и лечения Потребителя, на решение вопроса о наличии или отсутствии у Потребителя показаний или противопоказаний к предоставлению Медицинских услуг;

2.1.3. отказать Потребителю в предоставлении Медицинских услуг, если:

* Медицинские услуги не предусмотрены Сметой;
* объём Медицинских услуг превышает объём выполняемого стандарта медицинской помощи и при этом Потребитель не даёт письменного согласия на предоставление Медицинских услуг в объёме, превышающем объём выполняемого стандарта медицинской помощи;
* Потребитель не выполняет рекомендаций и требований Исполнителя (лечащего врача);
* у Потребителя выявлены медицинские противопоказания;
* медицинское вмешательство сопряжено с неоправданным риском причинения вреда здоровью Потребителя или угрожает его жизни;
* Потребитель нарушает режим работы Исполнителя.

**2.2. Потребитель вправе:**

2.2.1. получать Медицинские услуги в объёме, установленном Сметой;

2.2.2. получать от Исполнителя информацию о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах проведенного лечения, объёме и характере предоставляемых Медицинских услуг.

**2.3. Исполнитель обязан:**

* + 1. предоставлять Медицинские услуги в соответствии с порядками и стандартами предоставления медицинской помощи, а также требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными в Российской Федерации;
    2. информировать Потребителя в доступной ему форме о методах рекомендуемого лечения, о технологических особенностях выполняемых манипуляций и процедур, и о возможных осложнениях;
    3. в случае необходимости оформлять Потребителю листок нетрудоспособности в соответствии с законодательством Российской Федерации;
    4. при представлении Медицинских услуг соблюдать врачебную тайну в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации;
    5. извещать Потребителя об обстоятельствах, объективно препятствующих возможности предоставления Медицинских услуг.

**2.4. Потребитель обязан:**

* + 1. произвести оплату Медицинских услуг в порядке, предусмотренном §4 Договора;
    2. выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление Медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений, в том числе о перенесённых или имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарственных препаратов, состоянии своего здоровья и т.п., предоставление документации из других медицинских организаций о лечении. В случае несообщения Потребителем Исполнителю вышеозначенной информации, её недостоверности, неполного её представления, ответственность за возможные последствия, связанные с предоставлением Медицинских услуг Исполнителем, несёт Потребитель;
    3. строго соблюдать и выполнять назначенные врачом профилактические и лечебные мероприятия. За последствия невыполнения Потребителем рекомендаций врача Исполнитель ответственности не несёт и имеет право отказать Потребителю в дальнейшем предоставлении Медицинских услуг;
    4. соблюдать правила внутреннего распорядка, бережно относиться к имуществу Исполнителя, в том числе используемому в диагностических и лечебных целях. В случае повреждения, порчи имущества - возместить Исполнителю его стоимость в полном объёме.

**§3. Порядок предоставления Медицинских услуг.**

* 1. Медицинские услуги предоставляются Потребителю при наличии информированного добровольного согласия Потребителя на медицинское вмешательство, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.
  2. Исполнитель приступает к предоставлению Медицинских услуг после их оплаты Потребителем в порядке, предусмотренном §4 Договора.
  3. Медицинские услуги предоставляются в режиме работы Исполнителя.
  4. Предоставление Исполнителем дополнительных Медицинских услуг оформляется отдельной Сметой и оплачивается отдельно. При этом Исполнитель предварительно информирует Потребителя о необходимости предоставления дополнительных Медицинских услуг и не вправе без согласия Потребителя (оформления Сметы на дополнительные Медицинские услуги) предоставлять дополнительные Медицинские услуги Потребителю.

**§4. Стоимость Медицинских услуг и порядок расчётов.**

* 1. Медицинские услуги оплачиваются на основании действующего на момент заключения Договора Прейскуранта, утвержденного Исполнителем. Стоимость Медицинских услуг указывается в Смете.
  2. Стороны пришли к соглашению об оплате Потребителем стоимости Медицинских услуг в полном объёме в течении 7 (семи) дней после заключения Договора посредством безналичного перечисления денежных средств на счёт Исполнителя, указанный в §9 Договора.

Расчёты производятся в российских рублях.

* 1. Возврат денежных средств Потребителю за не оказанные Медицинские услуги осуществляется в течение 10 (десяти) дней со дня получения Исполнителем Заявления о возврате денежных средств за не оказанные Медицинские услуги, составленного по форме Приложения №6 к Договору, при предъявлении документа, удостоверяющего личность Потребителя, посредством безналичного перечисления денежных средств.

**§5. Ответственность Сторон.**

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

* 1. В случае повреждения или уничтожения Исполнителем движимого и/или недвижимого имущества Исполнителя, а также дизайна интерьера, ландшафта на территории Исполнителя, Потребитель возмещают Исполнителю убытки в полном объёме.
  2. Исполнитель не несёт ответственности за недостатки в предоставлении Медицинских услуг, а также за нарушения сроков выполнения своих обязательств по Договору, если указанные недостатки и нарушения сроков возникли вследствие:
     1. нарушения Потребителем положений Договора и совершения Потребителем иных неправомерных действий;
     2. возникновения осложнений по вине Потребителя (невыполнение назначений врача, в том числе назначенного режима лечения, несвоевременное сообщение о возникших отклонениях и нарушениях в состоянии здоровья, прекращение лечения или обследования по инициативе Потребителя, применение методов самолечения и др.);
     3. действия обстоятельств, которые Исполнитель не мог предвидеть и/или предотвратить во время заключения и исполнения Договора (обстоятельства непреодолимой силы).

5.4. Исполнитель не несёт ответственности за осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства/лечения, возникшие вследствие биологических особенностей организма Потребителя и/или течения имеющихся заболеваний у Потребителя, вероятность возникновения которых используемые современные знания и технологии не могут полностью исключить.

5.5. Сторона, права которой нарушены, до обращения в суд направляет другой Стороне письменную претензию с указанием допущенных нарушений со ссылкой на соответствующие положения Договора, размера неустойки, убытков, а также действий, которые должны быть произведены для устранения нарушений. При этом к претензии прилагаются документы, подтверждающие выявленные нарушения, расчёт неустойки, убытков и документы, удостоверяющие полномочия представителя Стороны, подписавшего претензию и приложения к ней (если он – не единоличный исполнительный орган Стороны).

Потребитель, права которого нарушены Исполнителем, направляет обращение (жалобу), в порядке, предусмотренном §6 Договора.

5.6. В случае неполучения ответа на претензию/обращение (жалобу), Сторона, направившая претензию/обращение (жалобу), может обратиться в суд за защитой своих прав в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

**§6. Форма и способы направления Потребителем обращений (жалоб) в организацию (Исполнителю) и органы государственной власти.**

6.1. Потребитель при нарушении его прав Исполнителем направляет в письменной форме или в форме электронного документа обращение (жалобу):

6.1.1. Исполнителю:

* нарочно (передать самостоятельно)/курьером через отдел документационного обеспечения по адресу: 127473, город Москва, улица Достоевского, дом 4, корпус 2, приёмная директора Исполнителя, с понедельника по пятницу с 9:00 до 15:30;
* посредством Почты России/оператора экспресс-доставки документов по адресу: 127473, город Москва, улица Достоевского, дом 4, корпус 2;
* посредством электронной почты: по адресу nmrc@nmrc.ru.

6.1.2. в Министерство здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России):

* нарочно (передать самостоятельно)/курьером через Экспедицию по адресу: 127051, город Москва, улица Неглинная, дом 25, подъезд 3, с понедельника по четверг с 9:00 до 18.00 (перерыв с 12:00 до 12:45), в пятницу с 9:00 до 16:45  (перерыв с 12:00 до 12:45);
* посредством Почты России/оператора экспресс-доставки документов по адресу: 127994, ГСП-4, город Москва, Рахмановский переулок, дом 3;
* посредством «Формы для обращения граждан» на сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»: https://minzdrav.gov.ru/reception/appeals/new.

**Телефон для информирования о факте регистрации обращений граждан**: 8 (495) 627-29-93.

**«Горячая линия» Росздравнадзора по соблюдению прав граждан в сфере охраны здоровья:**8 (800) 550-99-03.

Срок рассмотрения обращения (жалобы) - 30 дней со дня регистрации обращения (жалобы).

**§7. Срок действия Договора. Порядок изменения и расторжения Договора.**

7.1. Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами Договора и всех приложений к нему.

Договор действует:

* до полного исполнения Сторонами своих обязательств по Договору;
* до наступления совершеннолетия Потребителя/признания Потребителя дееспособным.

7.2. Договор может быть изменён, дополнен, расторгнут по соглашению Сторон. Любые изменения и дополнения Договора, расторжение Договора действительны, если они совершаются в письменной форме и подписываются Сторонами.

7.3. Договор может быть расторгнут Исполнителем в одностороннем порядке в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и Договором, в том числе в случаях нарушения Потребителем своих обязательств по Договору. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении Договора в письменной форме. Потребителю возвращается денежная сумма, уплаченная им за Медицинские услуги согласно §4 Договора, из которой удерживаются фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с выполнением обязательств по Договору.

7.4. Договор может быть расторгнут Потребителем в одностороннем порядке вследствие отказа Потребителя от получения Медицинских услуг. При этом Потребитель обязан оплатить Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с выполнением обязательств по Договору. Оплата, внесённая Потребителем на момент расторжения Договора за Медицинские услуги, которые уже были выполнены Исполнителем, возврату не подлежит.

**§8. Прочие условия Договора.**

8.1. Договор составлен в двух идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

8.2. По вопросам не урегулированным Договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

8.3. Исполнителем после исполнения Договора по требованию Потребителя выдаются медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения Медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении Медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

8.4. О перемене адресов и реквизитов Стороны незамедлительно в письменной форме уведомляют друг друга.

8.5. К Договору прилагаются и являются его неотъемлемыми частями:

|  |  |
| --- | --- |
| * Приложение №1: | «Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую  деятельность Исполнителя, в соответствии с Лицензией»; |
| * Приложение №2: | «Смета (форма)»; |
| * Приложение №3: | «Акт сдачи-приёмки предоставленных Медицинских услуг (форма)»; |
| * Приложения №4а: | «Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных (кроме распространения)» (Потребителя); |
| * Приложения №4б: | «Согласие на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения» (Потребителя); |
| * Приложения №4в: | «Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных (кроме распространения)» (законного представителя/попечителя); |
| * Приложения №4г: | «Согласие на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения» (законного представителя/попечителя); |
| * Приложение №5: | «Информационный лист»; |
| * Приложение №6: | «Заявление о возврате денежных средств за не оказанные Медицинские услуги (форма)». |

|  |  |
| --- | --- |
| **§9. Адреса, реквизиты и подписи Сторон.** | |
| **Исполнитель** | **Потребитель** |
| **ФГБУ «НМИЦ ФПИ»**  **Минздрава России** | **Гр-н \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Юридический адрес: 127473, город Москва, улица Достоевского, дом 4, корпус 2.  ОГРН: 1026605629412.  ИНН: 6663025890.  КПП: 771501001.  Банковские реквизиты: УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России,  л/с 20736У87770, Единый казначейский счёт 40102810545370000003, Казначейский счёт 03214643000000017300 ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО//УФК ПО Г. МОСКВЕ, г. Москва,  БИК 004525988, ОКПО 01966880,  КБК 00000000000000000130. Телефон: **+7** (495) 681-11-66.  Адрес электронной почты: nmrc@nmrc.ru.  Сайт в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»: nmrc.ru. | Адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Почтовый адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Реквизиты документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *вид документа, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия, №, кем выдан, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*  *дата выдачи, код подразделения*  ИНН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  СНИЛС: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Банковские реквизиты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**  М.П. | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |

Приложение №1

к Договору №\_\_\_-\_\_\_/ПМУ от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Согласовано:** |
|  | **Законный представитель/ Попечитель** |
|  | **Гр-н \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  |
|  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |

**перечень**

**предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую**

**деятельность Исполнителя, в соответствии с Лицензией**

(в порядке абзаца четвёртого подпункта а пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждённых Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 года №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу Постановления Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 года №1006»)

Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

* 127473, город Москва,улица Достоевского, дом 4, корпус 1. Выполняемые работы, оказываемые услуги: Приказ 866н; При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: нейрохирургии; онкологии; торакальной хирургии; хирургии; При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); анестезиологии и реаниматологии; детской хирургии; нейрохирургии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; рентгенологии; сестринскому делу; торакальной хирургии; травматологии и ортопедии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; урологии; фтизиатрии; функциональной диагностике; хирургии; эндоскопии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: детской хирургии; нейрохирургии; онкологии; торакальной хирургии; травматологии и ортопедии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым);
* 127473, город Москва, улица Достоевского, дом 4, корпус 2 (Центры (в том числе детские), а также специализированные центры государственной и муниципальной систем здравоохранения). Выполняемые работы, оказываемые услуги: Приказ 866н; При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинской статистике; медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); дерматовенерологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; неврологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; пульмонологии; рентгенологии; травматологии и ортопедии; урологии; фтизиатрии; эндокринологии; При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: диетологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; мануальной терапии; медицинской микробиологии; неврологии; нефрологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; пульмонологии; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; спортивной медицине; терапии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; урологии; фтизиатрии; функциональной диагностике; эндокринологии; эндоскопии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи;
* 127473, город Москва, улица Достоевского, дом 4, корпус 3 (Центры (в том числе детские), а также специализированные центры государственной и муниципальной систем здравоохранения). Выполняемые работы, оказываемые услуги: Приказ 866н; При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: гистологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: патологической анатомии; При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: гистологии; патологической анатомии;
* 127473, г. Москва, улица Достоевского, дом 4, корпус 4 (Центры (в том числе детские), а также специализированные центры государственной и муниципальной систем здравоохранения). Выполняемые работы, оказываемые услуги: Приказ 866н; При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике; сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: инфекционным болезням; клинической лабораторной диагностике; При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: инфекционным болезням; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: инфекционным болезням; клинической лабораторной диагностике; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; психиатрии; психотерапии; фтизиатрии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи;
* 127473, г. Москва, Марьина Роща, улица Достоевского, дом 4, строение 4. Выполняемые работы, оказываемые услуги: Приказ 866н; При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; рентгенологии;
* 620039, Свердловская область, город Екатеринбург, улица 22-го Партсъезда, дом 50. Выполняемые работы, оказываемые услуги: Приказ 866н; При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике; медицинской статистике; рентгенологии; сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; неврологии; нейрохирургии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; пульмонологии; рентгенологии; стоматологии терапевтической; торакальной хирургии; травматологии и ортопедии; урологии; фтизиатрии; хирургии; При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); анестезиологии и реаниматологии; диетологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; лечебной физкультуре; медицинской микробиологии; медицинской статистике; медицинскому массажу; нейрохирургии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; патологической анатомии; пульмонологии; рентгенологии; рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению; сестринскому делу; спортивной медицине; терапии; торакальной хирургии; травматологии и ортопедии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; фтизиатрии; функциональной диагностике; хирургии; эндоскопии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: торакальной хирургии; травматологии и ортопедии; урологии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Подписи Сторон.** | | | |
| **Исполнитель** | | **Потребитель** | |
| **ФГБУ «НМИЦ ФПИ»**  **Минздрава России** | | **Гр-н \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
|  |  | |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |  | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**  М.П. | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** | |

Приложение №2

к Договору №\_\_\_-\_\_\_/ПМУ от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года

|  |
| --- |
| **Согласовано:** |
| **Законный представитель/ Попечитель** |
| **Гр-н \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |

**СМЕТА №\_\_\_**

г. Москва \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года

**Исполнитель**:федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России), ИНН: 6663025890, ОГРН: 1026605629412, КПП: 771501001, 8 (495) 681-84-22.

**Потребитель**: гр-н **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Код Медицинской услуги** | **Наименование Медицинской услуги** | **Ед. изм.** | **Кол-во** | **Стоимость единицы Медицинской услуги**,  рублей | **Общая стоимость Медицинских услуг**,  рублей | **Срок предоставления Медицинской услуги** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |
| **Итого:** | | | | | |  |  |

Общая стоимость Медицинских услуг составляет **\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_ рубля (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_ копеек)**, без НДС (согласно подпункту 2 пункта 2 статьи 149 НК РФ).

Смету составил: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*ФИО работника Исполнителя*

|  |  |
| --- | --- |
| **Подписи Сторон.** | |
| **Исполнитель** | **Потребитель** |
| **ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России** | **Гр-н \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**  М.П. | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ФОРМА** | Приложение №3  к Договору №\_\_\_-\_\_\_/ПМУ от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года |

|  |
| --- |
| **Согласовано:** |
| **Законный представитель/ Попечитель** |
| **Гр-н \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |

**АКТ №\_\_\_**

**сдачи-приёмки предоставленных Медицинских услуг**

г. Москва \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года

**Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России)**, именуемое в дальнейшем **Исполнителем**, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны,

**Гр-н \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года рождения, телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем **Потребителем**, действующий от своего имени и в своих интересах, с другой стороны,

совместно именуемые **Сторонами**, в соответствии с пунктом 1.9. Договора №\_\_\_-\_\_\_/ПМУ от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года предоставления платных медицинских услуг (**Договора**), составили настоящий Акт сдачи-приёмки предоставленных Медицинских услуг к Договору (**Акт**), о нижеследующем:

Исполнитель предоставил, а Потребитель принял Медицинские услуги в соответствии со Сметой №\_\_\_ от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Код Медицинской услуги** | **Наименование Медицинской услуги** | **Ед. изм.** | **Кол-во** | **Стоимость единицы Медицинской услуги, рублей** | **Общая стоимость Медицинских услуг,**  **рублей** | **Срок предоставления Медицинской услуги** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |
| **Итого:** | | | | | |  |  |

Всего предоставлено Медицинских услуг на сумму **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ рубля (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_ копеек)**, без НДС (согласно подпункту 2 пункта 2 статьи 149 НК РФ).

Медицинские услуги предоставлены, своевременно, в полном объёме и надлежащего качества. Потребитель претензий по объёму, качеству и срокам предоставления Медицинских услуг не имеет.

|  |  |
| --- | --- |
| **Подписи Сторон.** | |
| **Исполнитель** | **Потребитель** |
| **ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России** | **Гр-н \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**  М.П. | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма согласована:** | |
| **Исполнитель** | **Потребитель** |
| **ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России** | **Гр-н \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**  М.П. | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |

Приложение №4а

к Договору №\_\_\_-\_\_\_/ПМУ от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Согласовано:** |
|  | **Законный представитель/ Попечитель** |
|  | **Гр-н \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  |
|  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |

**СОГЛАСИЕ**

**субъекта персональных данных на обработку его персональных данных**

(кроме распространения)

город Москва \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
| **Субъект персональных данных**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *фамилия, имя, отчество полностью*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года рождения, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *вид, серия, номер, дата выдачи документа, удостоверяющего*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*,  *личность, наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность*  зарегистрированный(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, № телефона(-ов): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, почтовый адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | |
| в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *фамилия, имя, отчество полностью*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года рождения, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *вид, серия, номер, дата выдачи документа, удостоверяющего*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*,  *личность, наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность*  зарегистрированный(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, № телефона(-ов): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, почтовый адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *вид, серия, номер, дата выдачи документа, подтверждающего*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*  *полномочия представителя, наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность* | |
| *заполняется при получении согласия от представителя субъекта персональных данных* | |
| **Оператор**: федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России), юридический адрес: 127473, город Москва, улица Достоевского, дом 4, корпус 2, ОГРН: 1026605629412, ИНН: 6663025890. | |
|  |

Я, как Субъект персональных данных, в соответствии с требованиями статей 9, 11 Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 года №152- ФЗ «О персональных данных» (**Закона о персональных данных**), в связи с получением платных медицинских услуг в **Учреждении** (Операторе); ведением статистики, учёта, контроля качества медицинских услуг; обеспечения действующего в Учреждении уровня безопасности, в том числе действующего пропускного режима и контроля его соблюдения, осуществления видеонаблюдения и видеозаписи на территории и в помещениях Учреждения; обеспечения личной безопасности пациентов, идентификации их личностей; предоставления Учреждением установленной законодательством Российской Федерации отчётности и сведений в отношении физических лиц; обеспечения миграционного, статистического учёта, свободно, своей волей и в своём интересе предоставляю Оператору свои персональные данные, а также даю Оператору конкретное, информированное и сознательное согласие на обработку моих персональных данных, включая биометрические персональные данные.

Моими персональными данными является любая информация, относящиеся ко мне, как к физическому лицу, указанная в документах и полученная в период предоставления мне медицинских услуг в Учреждении (Операторе), в том числе:

1) фамилия, имя, отчество, в том числе, прежние (в случае изменения), дата, место, причина их изменения; пол; дата, место рождения; гражданство; реквизиты документа, удостоверяющего личность; адрес регистрации; адрес фактического места проживания; почтовый адрес; номера телефонов; адреса электронной почты; семейное положение; социальное положение; реквизиты медицинского полиса; идентификационный номер налогоплательщика (ИНН); номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС); данные документов миграционного учёта (для иностранных граждан); иные сведения, создаваемые и получаемые Оператором от меня при предоставлении медицинских услуг, предусмотренных и установленных законодательством Российской Федерации, локальными актами Оператора, а также прочие сведения, предусмотренные законодательством Российской Федерации (общие персональные данные);

2) данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другая информация, используемая в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и предоставления медицинских услуг, при условии соблюдения врачебной тайны (специальные персональные данные);

3) изображение лица, полученное с помощью фото-, видеоустройств, голос, полученный с помощью звукозаписывающих устройств, в том числе, видео- и фотоизображения, полученные с камер наружного и внутреннего наблюдения, массовых мероприятий, проводимых Учреждением (Оператором) или с его участием; анализ ДНК, рост, вес, группа крови и др. (биометрические персональные данные).

Действия с персональными данными, включая биометрические персональные данные, на совершение которых даётся Согласие: любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемое с использованием средств автоматизации или без использования таких средств в отношении моих персональных данных, в том числе, биометрических персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие действует со дня его подписания 25 (двадцать пять) лет (срок хранения первичных медицинских документов (медицинской карты)).

Согласие может быть мною отозвано посредством предоставления Оператору заявления в письменной форме о прекращении действия Согласия и в случае, если сохранение персональных данных более не требуется для целей обработки персональных данных, Оператор обязан уничтожить персональные данные в срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления вышеозначенного заявления (отзыва). В случае отсутствия возможности уничтожения персональных данных в течение указанного выше срока, Оператор осуществляет блокирование таких персональных данных и обеспечивает уничтожение персональных данных в срок не более, чем шесть месяцев, если иной срок не установлен федеральными законами. Требование об уничтожении персональных данных не распространяется на персональные данные, для которых нормативно – правовыми актами предусмотрена обязанность их хранения, в том числе, после прекращения договорных отношений.

В случае изменения моих персональных данных обязуюсь предоставить Оператору в течении трёх рабочих дней уточнённые персональные данные. Об ответственности за достоверность предоставляемых персональных данных я предупреждён(-а).

Подтверждаю, что ознакомлен(-а) с Законом о персональных данных, Положением об обработке и защите персональных данных в ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России, с моими правами и обязанностями в области защиты персональных данных, в том числе, с возможными последствиями в случае моего отказа от Согласия.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |
| *Подпись субъекта/ представителя субъекта персональных данных* |  | *фамилия, имя, отчество субъекта/представителя субъекта персональных данных полностью* | |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года | | |  |
| *дата подписания* |  | | |

**Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных получено в моём присутствии:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |
| *Подпись уполномоченного работника Оператора* |  | *фамилия, имя, отчество уполномоченного работника Оператора полностью* | |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года | | |  |
| *дата принятия* |  | | |

Приложение №4б

к Договору №\_\_\_-\_\_\_/ПМУ от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Согласовано:** |
|  | **Законный представитель/ Попечитель** |
|  | **Гр-н \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  |
|  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения**

город Москва \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года

|  |
| --- |
| **Субъект персональных данных**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *фамилия, имя, отчество полностью*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года рождения, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *вид, серия, номер, дата выдачи документа, удостоверяющего*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*,  *личность, наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность*  зарегистрированный(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, № телефона(-ов): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, почтовый адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
| в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *фамилия, имя, отчество полностью*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года рождения, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *вид, серия, номер, дата выдачи документа, удостоверяющего*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*,  *личность, наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность*  зарегистрированный(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, № телефона(-ов): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, почтовый адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *вид, серия, номер, дата выдачи документа, подтверждающего*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*  *полномочия представителя, наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность* |
| *заполняется при получении согласия от представителя субъекта персональных данных* |
| **Оператор**: федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России), юридический адрес: 127473, город Москва, улица Достоевского, дом 4, корпус 2, ОГРН: 1026605629412, ИНН: 6663025890. |

Я, как Субъект персональных данных, в соответствии с требованиями статей 9, 11 Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 года №152- ФЗ «О персональных данных» (**Закона о персональных данных**), в связи с получением платных медицинских услуг в **Учреждении** (Операторе); ведением статистики, учёта, контроля качества медицинских услуг; обеспечения действующего в Учреждении уровня безопасности, в том числе действующего пропускного режима и контроля его соблюдения, осуществления видеонаблюдения и видеозаписи на территории и в помещениях Учреждения; обеспечения личной безопасности пациентов, идентификации их личностей; предоставления Учреждением установленной законодательством Российской Федерации отчётности и сведений в отношении физических лиц; обеспечения миграционного, статистического учёта, свободно, своей волей и в своём интересе предоставляю Оператору свои персональные данные, а также даю Оператору конкретное, информированное и сознательное согласие на обработку моих персональных данных, включая биометрические персональные данные в форме передачи (распространения, предоставления, доступа).

Действия с персональными данными, включая биометрические персональные данные, на совершение которых даётся Согласие:

1) фамилия, имя, отчество, в том числе, прежние (в случае изменения), дата, место, причина их изменения; пол; дата, место рождения; гражданство; реквизиты документа, удостоверяющего личность; адрес регистрации; адрес фактического места проживания; почтовый адрес; номера телефонов; адреса электронной почты; семейное положение; социальное положение; реквизиты медицинского полиса; идентификационный номер налогоплательщика (ИНН); номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС); данные документов миграционного учёта (для иностранных граждан); иные сведения, создаваемые и получаемые Оператором от меня при предоставлении медицинских услуг, предусмотренных и установленных законодательством Российской Федерации, локальными актами Оператора, договорными отношениями Оператора со мной, а также прочие сведения, предусмотренные законодательством Российской Федерации (общие персональные данные);

2) данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другая информация, используемая в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и предоставления медицинских услуг по договору, при условии соблюдения врачебной тайны (специальные персональные данные);

3) изображение лица, полученное с помощью фото-, видеоустройств, голос, полученный с помощью звукозаписывающих устройств, в том числе, видео- и фотоизображения, полученные с камер наружного и внутреннего наблюдения, массовых мероприятий, проводимых Учреждением (Оператором) или с его участием; анализ ДНК, рост, вес (биометрические персональные данные).

- передача страховым медицинским компаниям, фонду обязательного медицинского страхования, фонду социального страхования, Министерству здравоохранения Российской Федерации, Главному медицинскому управлению, Центральному медицинскому архиву, другим медицинскими учреждениями, статистическим управлениям;

- передача информации третьим лицам для осуществления проверки информации о пациенте в случаях, установленным законодательством Российской Федерации, и по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Согласие действует со дня его подписания 25 (двадцать пять) лет (срок хранения первичных медицинских документов (медицинской карты)).

Согласие может быть мною отозвано посредством предоставления Оператору заявления в письменной форме о прекращении действия Согласия и, в случае, если сохранение персональных данных более не требуется для целей обработки персональных данных, Оператор обязан уничтожить персональные данные в срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления вышеозначенного заявления (отзыва). В случае отсутствия возможности уничтожения персональных данных в течение указанного выше срока, Оператор осуществляет блокирование таких персональных данных и обеспечивает уничтожение персональных данных в срок не более, чем шесть месяцев, если иной срок не установлен федеральными законами. Требование об уничтожении персональных данных не распространяется на персональные данные, для которых нормативно – правовыми актами предусмотрена обязанность их хранения, в том числе, после прекращения договорных отношений.

В случае изменения моих персональных данных обязуюсь предоставить Оператору в течении трёх рабочих дней уточнённые персональные данные. Об ответственности за достоверность предоставляемых персональных данных я предупреждён(-а).

Подтверждаю, что ознакомлен(-а) с Законом о персональных данных, Положением об обработке и защите персональных данных в ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России, с моими правами и обязанностями в области защиты персональных данных, в том числе, с возможными последствиями в случае моего отказа от Согласия.

Я устанавливаю следующие условия и запреты (в случае отсутствия условия и запретов строки прочёркиваются знаком «Z»): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*категории и перечень персональных данных, для обработки которых субъект персональных данных*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*.*

*устанавливает условия и запреты, а также перечень устанавливаемых условий и запретов*

Я устанавливаю следующие условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться Оператором только по его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников, либо с использованием информационно - телекоммуникационных сетей, либо без передачи полученных персональных данных (в случае отсутствия условия и запретов строки прочёркиваются знаком «Z»): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Подтверждаю, что ознакомлен(-а) с Законом о персональных данных, Положением об обработке и защите персональных данных в ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России, с моими правами и обязанностями в области защиты персональных данных, в том числе, с возможными последствиями в случае моего отказа от Согласия.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  | |
| *Подпись субъекта/ представителя субъекта персональных данных* | |  |  | *фамилия, имя, отчество субъекта/представителя субъекта персональных данных полностью* | |
|  | \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года | | | |  |
| *дата подписания* | |  |  | | |

**Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных получено в моём присутствии:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |
| *Подпись уполномоченного работника Оператора* |  | *фамилия, имя, отчество уполномоченного работника Оператора полностью* | |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года | | |  |
| *дата принятия* |  | | |

Приложение №4в

к Договору №\_\_\_-\_\_\_/ПМУ от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года

**СОГЛАСИЕ**

**субъекта персональных данных на обработку его персональных данных**

(кроме распространения)

город Москва \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
| **Субъект персональных данных**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *фамилия, имя, отчество полностью*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года рождения, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *вид, серия, номер, дата выдачи документа, удостоверяющего*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*,  *личность, наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность*  зарегистрированный(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, № телефона(-ов): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, почтовый адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | |
| в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *фамилия, имя, отчество полностью*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года рождения, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *вид, серия, номер, дата выдачи документа, удостоверяющего*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*,  *личность, наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность*  зарегистрированный(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, № телефона(-ов): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, почтовый адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *вид, серия, номер, дата выдачи документа, подтверждающего*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*  *полномочия представителя, наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность* | |
| *заполняется при получении согласия от представителя субъекта персональных данных* | |
| **Оператор**: федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России), юридический адрес: 127473, город Москва, улица Достоевского, дом 4, корпус 2, ОГРН: 1026605629412, ИНН: 6663025890. | |
|  |

Я, как Субъект персональных данных, в соответствии с требованиями статей 9, 11 Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 года №152- ФЗ «О персональных данных» (**Закона о персональных данных**), в связи с получением платных медицинских услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*фамилия, имя, отчество* ограниченно дееспособного/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *несовершеннолетнего в возрасте от 14 до 18 лет полностью*

в **Учреждении** (Операторе); обеспечения действующего в Учреждении уровня безопасности, в том числе действующего пропускного режима и контроля его соблюдения, осуществления видеонаблюдения и видеозаписи на территории и в помещениях Учреждения; обеспечения личной безопасности пациентов, идентификации их личностей; предоставления Учреждением установленной законодательством Российской Федерации отчётности и сведений в отношении физических лиц; обеспечения миграционного, статистического учёта, свободно, своей волей и в своём интересе предоставляю Оператору свои персональные данные, а также даю Оператору конкретное, информированное и сознательное согласие на обработку моих персональных данных, включая биометрические персональные данные.

Моими персональными данными является любая информация, относящиеся ко мне, как к физическому лицу, указанная в документах и полученная в период предоставления мне медицинских услуг в Учреждении (Операторе), в том числе:

1) фамилия, имя, отчество, в том числе, прежние (в случае изменения), дата, место, причина их изменения; пол; дата, место рождения; гражданство; реквизиты документа, удостоверяющего личность; адрес регистрации; адрес фактического места проживания; почтовый адрес; номера телефонов; адреса электронной почты; семейное положение; социальное положение; реквизиты медицинского полиса; идентификационный номер налогоплательщика (ИНН); номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС); данные документов миграционного учёта (для иностранных граждан); иные сведения, создаваемые и получаемые Оператором от меня при предоставлении медицинских услуг, предусмотренных и установленных законодательством Российской Федерации, локальными актами Оператора, а также прочие сведения, предусмотренные законодательством Российской Федерации (общие персональные данные);

2) изображение лица, полученное с помощью фото-, видеоустройств, голос, полученный с помощью звукозаписывающих устройств, в том числе, видео- и фотоизображения, полученные с камер наружного и внутреннего наблюдения, массовых мероприятий, проводимых Учреждением (Оператором) или с его участием; анализ ДНК, рост, вес, группа крови и др. (биометрические персональные данные).

Действия с персональными данными, включая биометрические персональные данные, на совершение которых даётся Согласие: любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемое с использованием средств автоматизации или без использования таких средств в отношении моих персональных данных, в том числе, биометрических персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие действует со дня его подписания 25 (двадцать пять) лет (срок хранения первичных медицинских документов (медицинской карты)).

Согласие может быть мною отозвано посредством предоставления Оператору заявления в письменной форме о прекращении действия Согласия и в случае, если сохранение персональных данных более не требуется для целей обработки персональных данных, Оператор обязан уничтожить персональные данные в срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления вышеозначенного заявления (отзыва). В случае отсутствия возможности уничтожения персональных данных в течение указанного выше срока, Оператор осуществляет блокирование таких персональных данных и обеспечивает уничтожение персональных данных в срок не более, чем шесть месяцев, если иной срок не установлен федеральными законами. Требование об уничтожении персональных данных не распространяется на персональные данные, для которых нормативно – правовыми актами предусмотрена обязанность их хранения, в том числе, после прекращения договорных отношений.

В случае изменения моих персональных данных обязуюсь предоставить Оператору в течении трёх рабочих дней уточнённые персональные данные. Об ответственности за достоверность предоставляемых персональных данных я предупреждён(-а).

Подтверждаю, что ознакомлен(-а) с Законом о персональных данных, Положением об обработке и защите персональных данных в ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России, с моими правами и обязанностями в области защиты персональных данных, в том числе, с возможными последствиями в случае моего отказа от Согласия.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |
| *Подпись субъекта/ представителя субъекта персональных данных* |  | *фамилия, имя, отчество субъекта/представителя субъекта персональных данных полностью* | |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года | | |  |
| *дата подписания* |  | | |

**Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных получено в моём присутствии:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |
| *Подпись уполномоченного работника Оператора* |  | *фамилия, имя, отчество уполномоченного работника Оператора полностью* | |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года | | |  |
| *дата принятия* |  | | |

Приложение №4г

к Договору №\_\_\_-\_\_\_/ПМУ от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения**

город Москва \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года

|  |
| --- |
| **Субъект персональных данных**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *фамилия, имя, отчество полностью*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года рождения, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *вид, серия, номер, дата выдачи документа, удостоверяющего*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*,  *личность, наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность*  зарегистрированный(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, № телефона(-ов): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, почтовый адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
| в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *фамилия, имя, отчество полностью*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года рождения, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *вид, серия, номер, дата выдачи документа, удостоверяющего*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*,  *личность, наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность*  зарегистрированный(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, № телефона(-ов): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, почтовый адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *вид, серия, номер, дата выдачи документа, подтверждающего*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*  *полномочия представителя, наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность* |
| *заполняется при получении согласия от представителя субъекта персональных данных* |
| **Оператор**: федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России), юридический адрес: 127473, город Москва, улица Достоевского, дом 4, корпус 2, ОГРН: 1026605629412, ИНН: 6663025890. |

Я, как Субъект персональных данных, в соответствии с требованиями статей 9, 11 Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 года №152- ФЗ «О персональных данных» (**Закона о персональных данных**), в связи с получением платных медицинских услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*фамилия, имя, отчество* ограниченно дееспособного/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *несовершеннолетнего в возрасте от 14 до 18 лет полностью*

в **Учреждении** (Операторе); обеспечения действующего в Учреждении уровня безопасности, в том числе действующего пропускного режима и контроля его соблюдения, осуществления видеонаблюдения и видеозаписи на территории и в помещениях Учреждения; обеспечения личной безопасности пациентов, идентификации их личностей; предоставления Учреждением установленной законодательством Российской Федерации отчётности и сведений в отношении физических лиц; обеспечения миграционного, статистического учёта, свободно, своей волей и в своём интересе предоставляю Оператору свои персональные данные, а также даю Оператору конкретное, информированное и сознательное согласие на обработку моих персональных данных, включая биометрические персональные данные в форме передачи (распространения, предоставления, доступа).

Действия с персональными данными, включая биометрические персональные данные, на совершение которых даётся Согласие:

1) фамилия, имя, отчество, в том числе, прежние (в случае изменения), дата, место, причина их изменения; пол; дата, место рождения; гражданство; реквизиты документа, удостоверяющего личность; адрес регистрации; адрес фактического места проживания; почтовый адрес; номера телефонов; адреса электронной почты; семейное положение; социальное положение; реквизиты медицинского полиса; идентификационный номер налогоплательщика (ИНН); номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС); данные документов миграционного учёта (для иностранных граждан); иные сведения, создаваемые и получаемые Оператором от меня при предоставлении медицинских услуг, предусмотренных и установленных законодательством Российской Федерации, локальными актами Оператора, договорными отношениями Оператора со мной, а также прочие сведения, предусмотренные законодательством Российской Федерации (общие персональные данные);

2) изображение лица, полученное с помощью фото-, видеоустройств, голос, полученный с помощью звукозаписывающих устройств, в том числе, видео- и фотоизображения, полученные с камер наружного и внутреннего наблюдения, массовых мероприятий, проводимых Учреждением (Оператором) или с его участием; анализ ДНК, рост, вес (биометрические персональные данные).

- передача страховым медицинским компаниям, фонду обязательного медицинского страхования, фонду социального страхования, Министерству здравоохранения Российской Федерации, Главному медицинскому управлению, Центральному медицинскому архиву, другим медицинскими учреждениями, статистическим управлениям;

- передача информации третьим лицам для осуществления проверки информации о Субъекте персональных данных в случаях, установленным законодательством Российской Федерации, и по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Согласие действует со дня его подписания 25 (двадцать пять) лет (срок хранения первичных медицинских документов (медицинской карты)).

Согласие может быть мною отозвано посредством предоставления Оператору заявления в письменной форме о прекращении действия Согласия и, в случае, если сохранение персональных данных более не требуется для целей обработки персональных данных, Оператор обязан уничтожить персональные данные в срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления вышеозначенного заявления (отзыва). В случае отсутствия возможности уничтожения персональных данных в течение указанного выше срока, Оператор осуществляет блокирование таких персональных данных и обеспечивает уничтожение персональных данных в срок не более, чем шесть месяцев, если иной срок не установлен федеральными законами. Требование об уничтожении персональных данных не распространяется на персональные данные, для которых нормативно – правовыми актами предусмотрена обязанность их хранения, в том числе, после прекращения договорных отношений.

В случае изменения моих персональных данных обязуюсь предоставить Оператору в течении трёх рабочих дней уточнённые персональные данные. Об ответственности за достоверность предоставляемых персональных данных я предупреждён(-а).

Подтверждаю, что ознакомлен(-а) с Законом о персональных данных, Положением об обработке и защите персональных данных в ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России, с моими правами и обязанностями в области защиты персональных данных, в том числе, с возможными последствиями в случае моего отказа от Согласия.

Я устанавливаю следующие условия и запреты (в случае отсутствия условия и запретов строки прочёркиваются знаком «Z»): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*категории и перечень персональных данных, для обработки которых субъект персональных*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*.*

*данных устанавливает условия и запреты, а также перечень устанавливаемых условий и запретов*

Я устанавливаю следующие условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться Оператором только по его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников, либо с использованием информационно - телекоммуникационных сетей, либо без передачи полученных персональных данных (в случае отсутствия условия и запретов строки прочёркиваются знаком «Z»): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Подтверждаю, что ознакомлен(-а) с Законом о персональных данных, Положением об обработке и защите персональных данных в ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России, с моими правами и обязанностями в области защиты персональных данных, в том числе, с возможными последствиями в случае моего отказа от Согласия.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |
| *Подпись субъекта/ представителя субъекта персональных данных* |  | *фамилия, имя, отчество субъекта/представителя субъекта персональных данных полностью* | |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года | | |  |
| *дата подписания* |  | | |

**Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных получено в моём присутствии:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |
| *Подпись уполномоченного работника Оператора* |  | *фамилия, имя, отчество уполномоченного работника Оператора полностью* | |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года | | |  |
| *дата принятия* |  | | |

Приложение №5

к Договору №\_\_\_-\_\_\_/ПМУ от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Согласовано:** |
|  | **Законный представитель/ Попечитель** |
|  | **Гр-н \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  |
|  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |

**информационный лист**

Потребитель подтверждает, что до заключения Договора:

* Исполнитель в наглядной и доступной форме ознакомил Потребителя с перечнем Медицинских услуг и стоимостью Медицинских услуг в рублях (Прейскурантом), предоставляемых Исполнителем и утверждённых Исполнителем в установленном порядке;
* Исполнитель в наглядной и доступной форме ознакомил Потребителя с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждёнными Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 года №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу Постановления Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 года №1006»;
* Потребителю в доступной форме предоставлена и понятна информация о возможности получения Потребителем соответствующих видов и объёмов 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.

При этом Потребитель добровольно изъявляют желание получать и оплачивать Медицинские услуги в порядке и на условиях, предусмотренных Договором;

* Исполнитель в наглядной и доступной форме ознакомил Потребителя с порядком оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, применяемыми при предоставлении Медицинских услуг, а также информацией о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объёме, превышающем объём выполняемого стандарта медицинской помощи;
* Исполнитель в наглядной и доступной форме ознакомил Потребителя с информацией о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей Медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации).

При этом Потребитель проинформированы о возможности ознакомиться с информацией о любом медицинском работнике Исполнителя (его профессиональном образовании и квалификации) на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет» по адресу: https://nmrc.ru/spetsialisty/;

* Исполнитель уведомил Потребителя о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «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;
* Исполнитель уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего Медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой Медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |
| *Подпись Потребителя* |  | *фамилия, имя, отчество Потребителя полностью* | |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года | | |  |

**Потребитель расписался в моём присутствии:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |
| *Подпись уполномоченного работника Исполнителя* |  | *фамилия, имя, отчество уполномоченного работника Исполнителя полностью* | |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ФОРМА** | Приложение №6  к Договору №\_\_\_-\_\_\_/ПМУ от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года | |
|  | |  |
|  | | **Согласовано:** |
|  | | **Законный представитель/ Попечитель** |
|  | | **Гр-н \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | |  |
|  | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Исполнителю: ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России** |
|  |  |
|  | **Потребителя: гр-на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**  Адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Почтовый адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Реквизиты документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *вид документа, серия, №,*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.* *кем выдан, дата выдачи, код подразделения*  Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |

**заявление**

**о возврате денежных средств за не оказанные Медицинские услуги**

Прошу возвратить мне денежные средства в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_ рубля (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*цифрами*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), *прописью*

уплаченные \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, *наименование Медицинских услуг*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| в соответствии с Договором | № |  | от | \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ года | (далее – **Договор**), |
| на основании Сметы | № |  | от | \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ года, |  |

в связи с:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | - отказом от заказа/приобретения Медицинской услуги. |  | - невозможностью оказания Медицинской услуги. |  | - расторжением Договора. |
| *нужное отметить знаком «V»* | | | | | |

Денежные средства прошу вернуть мне посредством безналичного перечисления:

|  |  |
| --- | --- |
|  | - по банковским реквизитам, указанным в §9 Договора. |
|  | |
|  | - по следующим банковским реквизитам: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
|  |
| *нужное отметить знаком «V»* | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |
| *Подпись Потребителя* |  | *фамилия, имя, отчество Потребителя полностью* | |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года | | |  |

**Заявление принял:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |
| *Подпись уполномоченного работника Исполнителя* |  | *фамилия, имя, отчество уполномоченного работника Исполнителя полностью* | |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма согласована:** | |
| **Исполнитель** | **Потребитель** |
| **ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России** | **Гр-н \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**  М.П. | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |