**Договор оказания стоматологических услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(договор лечения) от**

Общество с ограниченной ответственностью «Аметист», именуемый в дальнейшем **ИСПОЛНИТЕЛЬ,** в лице директора Леоновой Ю.Б., действующая на основании Устава, лицензии ЛО-76-01-000816 от 15.04.2013 г. на оказание медицинских услуг и Постановления Правительства РФ от 13 января 1996 г. № 27, с одной стороны,

и ,именуемый в дальнейшем **ЗАКАЗЧИК ( законный представитель ребенка) с другой стороны,**

**ФИО ребенка**  , заключили настоящий договор о нижеследующем.

**1. Предмет договора.**

* 1. **ИСПОЛНИТЕЛЬ, действующий на основании лицензии ЛО-76-01-000816 от 15.04.2013г обязуется оказать пациенту стоматологическую помощь в соответствии с условиями и планом лечения, согласованным между сторонами, который является неотъемлемой частью данного Договора.**
  2. Заказчик обязуется своевременно оплатить согласованные с ним услуги.

1. **Обязательства сторон**

**2.1** Исполнитель обязуется:

**2.1.1.** Провести качественное обследование полости рта Пациента, а в случае необходимости пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения или протезирования.

**2.1.2.** Предоставить пациенту полную и достоверную информацию:

- о состоянии полости рта,

- о сущности рекомендуемых в его случае методик лечения, протезирования, медикаментов, материалов,

- о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть в процессе лечения и после в связи с его медицинской спецификой, анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Пациента, а также общим состоянием его здоровья.

**2.1.3. Определить для Пациента гарантии на оказываемые услуги,** объяснив

а) обстоятельства, которые позволяют их установить,

б) условия, при которых Исполнитель будет выполнять свои обязательства.

**Исполнитель будет выполнять свои гарантийные обязательства при следующих условиях:**

1. Прохождение пациентом бесплатных профилактических осмотров у исполнителя не реже раза в шесть месяцев;
2. Соблюдение пациентом гигиены полости рта в соответствии с рекомендациями врача;
3. Проведение коррекции работы, выполненной Исполнителем, только в его клиниках;
4. Обращение в клиники исполнителя, в случае дискомфорта или нарушений в области проведенного лечения;

**2.1.4**. **Составить для пациента план профилактических мероприятий** (при наличии показаний) с целью снижения риска развития заболеваний полости рта и уменьшения тяжести течения выявленных стоматологических заболеваний.

**2.1.5. Продлевать гарантийные сроки и сроки службы ( в обоснованных случаях), если пациент осуществляет соответственный для него индивидуальный план профилактических мероприятий.**

**2.1.6. Согласовывать с Пациентом стоимость услуг(и) до ее (их) оказания:**

- назвать конкретную сумму, когда объем и характер работы очевидны,

- или назвать предварительную сумму, когда объем и характер работы можно определить только в процессе лечения.

**2.1.7. Обеспечить качество стоматологических услуг:**

- в соответствии с медицинскими требованиями,

- с применением высококачественных инструментов и материалов,

- с использованием современных технологий лечения,

- с предоставлением высокого уровня обслуживания.

**2.1.8. Выполнить работы в сроки, согласованные с Пациентом (при условии соблюдения им сроков явки на приемы).**

**2.1.9. Информировать Пациента о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.**

**2.2 Пациент обязуется:**

**2.2.1. предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья** (либо ребенка, в интересах которого заключен настоящий Договор);

- о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах,

- о проведенных ранее обследованиях и лечениях,

- об аллергических реакциях ,

- об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.

**2.2.2 Соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения.**

**2.2.3. Своевременно посещать лечебные, контрольные и последующие профилактические приемы,** а в случае невозможности явки по уважительной причине, предупредить об этом Исполнителя заблаговременно.

**2.2.4. Ознакомится с положением о гарантиях на стоматологические услуги Исполнителя.**

**2.2.5. Удостоверить личной подписью следующие:**

- информированное добровольное согласие на каждый вид предстоящего медицинского вмешательства (если нет мотивов его не подписывать);

- факт ознакомления с «положением о гарантиях на стоматологические услуги», действующим у Исполнителя;

- сообщенные в анкете сведения о здоровье;

- факт ознакомления с рекомендованным планом лечения;

- факт согласия с выполняемым планом;

- факт согласия с гарантиями, установленными врачом на выполненные им стоматологические услуги( в гарантийном талоне).

2.2.6. Оплатить услуги исполнителя на условиях настоящего договора.

2.2.7. Проводить начатое лечение только у Исполнителя, не обращаясь параллельно в другие клиники. В противном случае претензии по поводу лечения не будут иметь основание.

**3. Цена услуг и порядок расчетов.**

**3.1**. Стоимость услуг определяется на основании прейскуранта, действующего на момент оплаты выполненной работы.

**3.2**. Стоимость услуг согласовывается сторонами в приложении к договору - план лечения или счетах на оплату.

**3.3.**Клиника имеет право изменить стоимость услуг в одностороннем порядке.

**3.4** За выполнение услуги стоматологического лечения пациент производит оплату за фактически выполнено объём работ по прейскуранту в день оказания услуг.

**4.Ответственность сторон.**

4.1. Ответственность сторон, в случае нарушения условий настоящего договора, определяется в соответствии с действующим законодательством РФ.

**5. дополнительные условия.**

5.1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует на протяжении всего периода оказания стоматологической помощи пациенту.

5.2. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе одной из сторон, в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств.

5.3. Неотъемлемой частью настоящего договора являются:

**-** амбулаторная карта Пациента (существует в единственном экземпляре, хранится в клинике).

- информированное добровольное согласие (информированные добровольные согласия) на медицинское вмешательство (хранятся в клинике),

- рентгеновские снимки зубов, выполненные исполнителем (хранятся в клинике,)

5.4. Медицинская документация (выписка из медицинской карты, рентгеновские снимки) выдается по письменному заявлению пациента (законного представителя). Срок предоставления документации до 30 рабочих дней.

5.5.В случае возникновения разногласий между лечащим врачом и пациентом по вопросам качества обследования и лечения, спор между сторонами рассматривается главным врачом клиники, а при необходимости - экспертами территориальных организаций стоматологической ассоциацией Российской (в установленном порядке).

5.6. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

5.7.Клиника имеет  право осуществлять фотосьемки и видеосьемки,а так же использовать фото и видеоматериалы для публикации в социальных сетях и на сайтах клиники.

**6. Дополнительные условия при лечении детей:**

6.1. Если ребенок имеет психо-эмоциональные расстройства, неустойчивую психику, другую патологию, не позволяющие, по мнению врача, произвести качественное лечение, Исполнитель имеет право отказать в лечении. В некоторых случаях, в т.ч. перечисленных выше, Исполнитель может попросить законного представителя ребенка о помощи в лечении, в случае отказа законный представитель несет ответственность за возможные сбои в лечении, а Исполнитель в свою очередь имеет право отказать в лечении.

**ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА**

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 28.11.2014 г. № 1273 « О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015г. и плановый период 2016-2017 г.г» и Постановления Правительства Ярославской области №1410-П от 29.12.2014 г. « О территориальной программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению на 2015-2016-2017 г.г.» Я был(а) проинформирован(а) о возможности получения бесплатной медицинской помощи в учреждениях здравоохранения , участвующих в Территориальной программе ОМС.

**Адреса и подписи сторон:**

**Адреса и подписи сторон:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Пациент** |
| **Общество с ограниченной ответственностью "Аметист" ИНН 7604063447 КПП 760401001 БИК 047888760 ОГРН 1037600412618 р/сч 40702810162000810801 ЯФ ОАО "Промсвязьбанк" к/сч 30101810300000000760 Адрес: 150000,г. Ярославль, ул. Б.Октябрьская, 37/1 Телефон: 72-59-59 Директор: Леонова Юлия Борисовна** | ФИО  Адрес  Паспорт выдан дата выдачи  Телефон  e-mail  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ООО «Аметист»**

**Информационное согласие на проведение медицинского вмешательства.**

**Лечение кариеса.**

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я, (Ф.И.О.) соглашаюсь с тем, что лечение моего ребенка Ф.И.О  - будет проводить врач-стоматолог (Ф. И. О. врача) В исключительных случаях (например, болезнь врача) поликлиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

**2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:**

2.1.

Дата, № зуба, Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата, № зуба, Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата, № зуба, Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата, № зуба, Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата, № зуба, Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата, № зуба, Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата, № зуба, Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата, № зуба, Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.

2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач. В частности (ненужное вычеркнуть, нужное добавить):

* кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования);
* кариозное поражение, которое кажется «небольшой дырочкой», может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а следовательно, потребуется реставрация значительной части зуба или постановка коронки (по ситуации).

**2.5.** Возможные альтернативные варианты, а именно (ненужное вычеркнуть, нужное добавить):

1. восстановление дефекта с помощью фотоотверждаемого композита/компомера.

2. использование микроштифтов (пинов) для улучшения ретенции пломбы.

3. эндодонтическое лечение.

4. удаление пораженного зуба (пораженных зубов).

5. не проведение лечения.

**2.6.** Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно (нужное добавить, ненужное вычеркнуть): прогрессирование кариеса; развитие его осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов); нарушение общего состояния организма.

**2.7.** Возможные осложнения **под влиянием анестезии.**

**2.8.** Возможные **последствия приема анальгетиков и антибиотиков** (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

**2.9.** Возможные осложнения **после постановки пломбы** (спустя неделю и более), а именно (ненужное вычеркнуть, нужное добавить):

* воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий кариозного поражения, если слой дентина тонкий (глубокий кариес) или повреждается в процессе обработки зуба; в этом случае потребуется: а) снять поставленную пломбу; б) пролечить каналы; в) поставить новую пломбу.

**3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.**

**4. Мне названы и со мной согласованы:**

* технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
* сроки проведения лечения;
* стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

**5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною *плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.***

**6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования** (нужное подписать, ненужное вычеркнуть):

* получение ортопантоммограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка;
* консультация стоматолога (ов) иного профиля:
* консультация у врача (ей) общего медицинского профиля:

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данными документами, имеющими юридическую силу и являющимися неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_// Дата

(подпись пациента) (Расшифровка подписи)

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

(лечащий врач)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись врача) (Расшифровка подписи)

Ф.И.О. Ребенка

Ф.И.О. Законного представителя ребенка

***Мы рады приветствовать Вас в нашей клинике!***

Для того, чтобы процесс лечения был максимально безопасен для Вашего ребенка и персонала клиники, убедительно просим заполнить предлагаемую анкету. Данные о заболеваниях, состоянии здоровья, наличии аллергии, принимаемых препаратах, могут в значительной степени оказать влияние на лечебный процесс, поэтому, пожалуйста, по возможности максимально подробно ответьте на предлагаемые вопросы. Это поможет избежать возможных осложнений в процессе лечения. В свою очередь мы гарантируем полную конфиденциальность о результатах анкетирования. Сведения, указанные в анкете будут использованы только для подбора адекватных методов лечения с учетом общего состояния здоровья ребенка

1. Дата рождения ребенка: число

Когда Вы в последний раз были у врача-стоматолога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Просим отметить любым знаком соответственно (Да) или (Нет) после каждого вопроса

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Вопрос** | **Да** | **Нет** | **Доп. информация** |
| Страдаете ли ваш ребенок сердечно-сосудистыми заболеваниями |  |  |  |
| Повышается ли у Вашего ребенка артериальное давление/ Бывает ли пониженное давление |  |  |  |
| Бывают ли головокружения, потеря сознания, одышка, в том числе при введении лекарственных препаратов |  |  |  |
| Были ли у Вашего ребенка заболевания крови |  |  |  |
| Были ли у Вашего ребенка заболевания печени, почек |  |  |  |
| Страдал ли Ваш ребенок заболеваниями щитовидной железы |  |  |  |
| Болели ли Ваш ребенок эпилепсией или другими заболеванияминервной системы |  |  |  |
| Страдает ли Ваш ребенок заболеваниями легких |  |  |  |
| Есть ли у Вашего ребенка заболевания кожных покровов |  |  |  |
| Болеет ли Ваш ребенок заболеваниями желудочно-кишечного тракта |  |  |  |
| Есть ли у Вашего ребенка заболевания глаз |  |  |  |
| Есть ли у Вашего ребенка заболевания ЛОР- органов |  |  |  |
| Болел ли Ваш ребенок инфекционными заболеваниями (Менингит, Мононуклеоз) |  |  |  |
| Имеет ли Ваш ребенок врожденное заболевание |  |  |  |
| Отмечаете ли у Вашего ребенка увеличение лимфатических узлов |  |  |  |
| Болел ли ваш ребенок вирусным гепатитом (желтухой) |  |  |  |
| Состоял (состоит) ли Ваш ребенок на диспансерном учете в туберкулезном диспансере |  |  |  |
| Проводилось ли исследование на СПИД, вирусные гепатиты |  |  |  |
| Состоит ли Ваш ребенок на диспансерном учете в лечебных учреждениях по поводу  хронических заболеваний |  |  |  |
| Было ли раньше сотрясение головного мозга |  |  |  |
| Делали ли вашему ребеноку операции (если Да – то укажите какие) |  |  |  |
| Беспокоят ли Вашего ребенка головные боли |  |  |  |
| Были ли (есть ли ) у Вашего ребенка язвы в полости рта |  |  |  |
| Часто ли у Вашего ребенка возникает простуда на губах (страдаете ли Вы герпетической  инфекцией). |  |  |  |
| Было ли у Вашего ребенка длительное повышение температуры без видимых причин ( в последние три месяца) |  |  |  |
| Какие детские инфекции перенес Ваш ребенок **(корь, краснуха, ветряная оспа,**  **паротит)** |  |  |  |
| Есть ли у Вашего ребенка нарушение свертываемости крови (длительные кровотечения) |  |  |  |
| Есть ли у Вашего ребенка аллергическая реакция на антибиотики, на препараты, применяемые для лечения инфекционных заболеваний, анестетики которые применяют в стоматологии |  |  |  |
| г) на другие лекарственные препараты (укажите какие) |  |  |  |
| 40 . Есть ли у Вашего ребенка аллергия на пыльцу растений, пищевые продукты |  |  |  |

**Если у Вашего ребенка отмечались другие состояния или заболевания, которые**

**не вошли в вышеуказанные вопросы анкеты, то сообщите о них письменно ниже**.

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

**Если Ваш ребенок будет принимать какие-либо лекарственные препараты**

**в течение всего периода лечения в нашей клинике, просим обязательно сообщить об этом лечащему врачу.**

Подпись законного представителя ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата заполнения

**Заявление-согласие**

**Законного представителя субъекта ( пациента)**

**на обработку персональных данных**

**Я,**

Паспорт серии , номер , выданный

кем

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ООО «Аметист» ( Юридический адрес : 150000, Г. Ярославль, ул. Б.Октябрьская, д.37/1 ( далее –Оператор) на обработку моих персональных данных моего(ей) сына (дочери, подопечного).

(Ф.И.О сына, дочери, подопечного)

А именно: Ф.И.О., пол ,дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка будет осуществляться лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, а так же лицами, имеющими доступ к персональным данным. Предоставляю право Оператору осуществлять все действия (операции) с персональными данными моего ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование. обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные моего

ребенка посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки ( реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных учреждения.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен персональными данными со

страховыми медицинскими организациями, ТФ ОМС, органами управления здравоохранения, федеральным фондом социальногострахования с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и

обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения персональных данных моего(ей) сына (дочери, подопечного) соответствует сроку

хранения первичных медицинских документов (история развития ребенка ф.112) и составляет 25 лет.

Передача персональных данных моего (ей) сына ( дочери, подопечного) иным лицам или иное их разглашение ( не предусмотренное законом) может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной . и действует бессрочно.

Согласие вступает в силу со дня подписания. Согласие может быть отозвано мной в любое время на основании моего письменного заявления. При получении моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаимозачетов по оплате оказанной мне до этого медицинской

помощи.

Подпись представителя субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_