

Фамилия		Дата рождения	
Имя		Адрес	
Отчество			

УВЕДОМЛЕНИЕ

Согласно Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Общество с ограниченной ответственностью «Медика» (юридический адрес: Российская Федерация, г.Воронеж, ул.Революции 1905г,д.31а, лицензия №ЛО-36-01-004167 , выданной от 14 июля 2020 г., Департаментом здравоохранения Воронежской области), в лице директора Золотаревой Елены Николаевны, действующего на основании Устава, уведомляет Вас о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Представитель ООО «Медика» _____

(Золотарева Е.Н.)

« ____ » _____ 20__ г.

Настоящее уведомление мною прочитано, я полностью понимаю последствия несоблюдения указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения. Также я **уведомлен (а)** о наличии схожих медицинских услуг, оказываемых в районных поликлиниках (в том числе в муниципальных бюджетных учреждениях городского округа город Воронеж) по программе обязательного медицинского страхования (ОМС); **Ознакомлен (а)** с перечнем, стоимостью, сроками и условиями предоставления и порядком оплаты платных медицинских услуг в ООО «Медика»; **Изъявляю желание** на оказание медицинских услуг с ООО «Медика».

_____ (_____)

Собственноручно ФИО и подпись

« ____ » _____ 20__ г.

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, _____, проживающий по адресу _____, паспорт _____, выдан _____ « ____ » _____ 20__ года, код подразделения _____, контактный телефон _____, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Медика» (ОГРН 1023601534769, юридический адрес: 394030, Российская Федерация, г.Воронеж, ул.Революции 1905г, д.31а, лицензия №ЛО-36-01-004167 , выданной от 14 июля 2020 г., Департаментом здравоохранения Воронежской области), далее «Оператор», моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. Я даю согласие на предоставление моих персональных данных иным организациям лабораторной диагностики, задействованным при оказании мне медицинской помощи.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ДМС. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией 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 моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет не менее пяти лет.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

_____ (_____)

Собственноручно ФИО и подпись

« ____ » _____ 20__ г.