Приложение № 2 к договору №\_\_\_\_\_

от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

(утв. приказом МЗ РФ от 12.11.2021 г. №1051н)

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рожд., зарегистрированный

(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя) (дата рождения гражданина либо представителя)

по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя) (адрес места жительства гражданина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. рожд.,

либо законного представителя) (ФИО пациента, дата рождения пациента при подписании согласия законным представителем)

проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в [Перечень](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=129546&date=31.05.2021&demo=1&dst=100009&fld=134) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом МЗиСР от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в ООО «Медицинский центр новых технологий «Гиппократ» (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в доступной для меня форме

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=129546&date=31.05.2021&demo=1&dst=100009&fld=134), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=383431&date=31.05.2021&demo=1&dst=100263&fld=134) ФЗ от 21 ноября 2011 г. N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым), в соответствии с пунктом 5 [части 5 статьи 19](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=383431&date=31.05.2021&demo=1&dst=100245&fld=134) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. граждан (-ина), контактный телефон)

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

(Ф.И.О. граждан (-ина), контактный телефон) (подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника) (дата оформления )

Приложение № 3 к договору №\_\_\_\_\_

от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

[**Согласие на обработку персональных данных**](https://soc.volganet.ru/44/docs/normativnie/Согласие%20на%20обработку%20перс%20данных%20для%20МСП.doc)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, далее - Субъект), ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Медицинский центр новых технологий «Гиппократ» как оператором персональных данных (далее – Оператор) моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, пол, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, паспортные данные, адрес электронной почты; сведения о месте работы (учебы) и должности; номера СНИЛС, полисов ОМС и ДМС; сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью) в целях предоставления медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Даю согласие на обработку (включая автоматизированную обработку) Оператором моих персональных данных, то есть на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и на бумажном носителе), уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также на передачу данных (распространение, предоставление, доступ) с помощью медицинских и/или лабораторных информационных систем и других программ для ЭВМ третьим лицам в целях исполнения обязательств по настоящему договору и дальнейшего информирования Субъекта о ранее оказанных медицинских услугах; на синхронизацию персональных данных с помощью различных программ для ЭВМ путем передачи третьим лицам; также на иную передачу персональных данных Субъекта в случаях, установленных законодательством Российской Федерации (н-р, сведения в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ); в Социальный фонд России (СФР) - по письменному запросу).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие на обработку персональных данных. 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 оказанных мне до этого медицинских услуг.

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

подпись ФИО