Приложение 3

**Договор**

**возмездного оказания медицинских услуг гражданам Республики Беларусь**

**№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_**

**Государственное учреждение «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии» (далее – МНПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии)**, в лице директора Руммо О.О., действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и гражданин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «ЗАКАЗЧИК», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт серия \_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_ проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ действующий на основании собственного волеизъявления, с другой стороны, заключили настоящий договор (далее - Договор) о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. ЗАКАЗЧИК поручает, а ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется в соответствии с условиями договора оказать платные медицинские услуги в следующем объеме:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование медицинской услуги | Тариф за услугу, бел. руб. | Кол-во | Стоимость материалов, бел. руб. | Итого стоимость, бел. руб. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Итого: |  |  |  |  |

1.2. Наименование и объем (количество) и оказания медицинских услуг согласовываются Сторонами в перечне услуг Исполнителя (Приложение № 1 к настоящему Договору), являющемся неотъемлемой частью Договора.

1.3. Медицинские услуги предоставляются квалифицированным персоналом Исполнителя с использованием соответствующего медицинского оборудования и разрешенных к использованию медицинских средств (медикаментов отечественного и зарубежного производства) и материалов, в том числе с применением современных методик.

1.4. Место предоставления услуг: по месту нахождения Исполнителя улица Семашко 8, Минск, 220045.

1.5. Медицинские услуги оказываются в соответствии с отраслевыми стандартами в сфере здравоохранения, клиническими протоколами медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке.

1.6. Платные медицинские услуги являются дополнительными к гарантированному государством объёму бесплатной медицинской помощи и оказываются гражданам Республики Беларусь (далее- заказчик) на основании письменных договоров возмездного оказания медицинских услуг.

1.7. Заказчик ознакомлен о возможностях оказания медицинской помощи на бесплатной основе в рамках государственных гарантий.

1.8. Заказчик отказывается от бесплатной медицинской помощи в рамках государственных гарантий.

1.9. Заказчик добровольно принимает на себя обязательство своевременно оплачивать стоимость соответствующих видов и объёмов медицинских услуг и подтверждает, что ознакомлен с прейскурантом цен и ориентировочной стоимостью, оказываемых медицинских услуг, и согласен их оплатить.

1.10. Заказчик обязуется оплатить стоимость лекарственных средств, изделий медицинского назначения, не включенных в Республиканский формуляр медицинских изделий и Республиканский формуляр лекарственных средств, и других расходов, понесенных учреждениями здравоохранения при оказании медицинских услуг в выходные дни.

1.11. Заказчик обязуется возместить стоимость лекарственных средств, изделий медицинского назначения, включенных в Республиканский формуляр медицинских изделий и Республиканский формуляр лекарственных средств, и других расходов, понесенных учреждениями здравоохранения при оказании медицинских услуг в выходные дни для дальнейшего возмещения расходов в соответствующий бюджет в соответствии с законодательством.

**2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, ПОРДОК РАСЧЕТОВ**

* 1. Стоимость медицинских услуг, предоставляемых Заказчику, определяется в соответствии с прейскурантом цен на платные медицинские услуги, разработанным в соответствии с законодательством Республики Беларусь и утвержденным Исполнителем.
  2. Общая стоимость оказанных услуг определяется исходя из объёма оказанных Заказчику услуг, отображенных в перечне услуг Исполнителя.
  3. На момент подписания настоящего договора стоимость медицинских услуг ориентировочно составляет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прописью: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бел. рублей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ копеек), в том числе НДС (\_\_\_\_%) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.4. Заказчик дополнительно оплачивает лекарственные средства, изделия медицинского назначения и другие материалы, использованные при оказании платных медицинских услуг, сервисных услуг.

2.5. До начала оказания услуг Заказчик производит предоплату в размере **100%** стоимости услуг, указанных в п. 1.1. договора.

2.6. Стоимость услуг по настоящему договору может быть изменена по соглашению сторон в случае оказания Заказчику услуг в объеме, превышающем указанный в п. 1.1. договора. При увеличении объема платных медицинских услуг Заказчик обязан произвести их оплату в течение 5 (пяти) банковских дней с момента подписания сторонами дополнительного соглашения к настоящему договору.

2.7. На территории Республики Беларусь оплата производится Заказчиком в белорусских рублях по курсу Национального банка Республики Беларусь на дату платежа наличными денежными средствами через кассу Исполнителя или безналичным перечислением на расчетный счет Исполнителя.

2.8. При уменьшении объема медицинских услуг или отказе заказчика от оказания части медицинских услуг Исполнитель обязан произвести возврат денежных средств Заказчику не позднее 5 банковских дней с даты поступления соответствующего заявления от Заказчика. Датой оплаты медицинской услуги является дата, указанная на оригинале чека. Основанием для возврата денежных средств является предоставление Исполнителю соответствующего заявления с приложением копии чека за оплаченную медицинскую услугу и копии настоящего договора.

2.9. Исполнитель вправе вносить изменения в стоимость платных медицинских услуг в связи с изменением стоимости изделий медицинского назначения, лекарственных средств и других материалов, использованных при оказании платных медицинских услуг.

2.10. Датой оплаты медицинской услуги считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

2.11. Фактом, подтверждающим оказание платных медицинских услуг, является выдача консультативного заключения, результатов диагностических исследований, эпикриза.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1**. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан:**

3.1.1. Оказывать Заказчику медицинские услуги согласно перечню услуг Исполнителя (Приложение № 1 к настоящему Договору).

3.1.2. Обеспечить соответствие оказываемых платных медицинских услуг требованиям, установленным законодатель­ством Республики Беларусь.

3.1.3. Выдать ЗАКАЗЧИКУ документ, подтверждающий прием наличных денег в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

3.1.4. Обеспечить рассмотрение претензий Заказчика, связанных с исполнением договора, в течение 7 дней с даты поступления обращения. Малозначительные обоснованные жалобы/претензии, которые Исполнитель может устранить незамедлительно, подлежат незамедлительному устранению Исполнителем. Жалобы и/или претензии, требующие особого внимания и изучение, с согласия Заказчика могут рассматриваться Исполнителем с привлечением работников других учреждений здравоохранения, имеющих соответствующую квалификацию.

3.1.5. Своевременно оказывать медицинские услуги Заказчику.

3.1.6. Проводить контроль качества оказания платных медицинских услуг в пределах должностных обязанностей от­ветственных лиц Исполнителя.

3.1.7. В случае критического состояния Заказчика и невозможности оказания необходимой медицинской помощи Исполнителем, организовать немедленную транспортировку Заказчика в другое специализированное медицинское учреждение.

3.1.8. Соблюдать конфиденциальность информации о состоянии здоровья Заказчика, результатах медицинских обследований и осмотров, семейной стороне жизни Заказчика.

3.2.**3АКАЗЧИК обязан:**

3.2.1. Предоставить письменное согласие Исполнителю (Приложение №2 к Договору) на сбор и использование личной информации Заказчика, в том числе и медицинской, его персональных данных, их хранение и обработку.

3.2.2. Сообщить врачу необходимые данные, которые касаются состояния здоровья Заказчика и необходимы Исполнителю для своевременного и качественного предоставления услуг согласно Договору.

3.2.3. Выполнять рекомендации врача, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, соблюдать правила внутреннего распорядка.

3.2.4. Не позднее чем за 3 (три) рабочих дня до даты оказания соответствующей медицинской услуги информировать Исполнителя об обстоятельствах (при наличии), которые могут препятствовать исполнению договора или иным образом оказывают влияние на оказание услуг по нему.

3.2.5. Своевременно оплатить оказанные платные медицинские услуги.

3.2.6. Изучить информацию, предоставляемую Исполнителем об оказании медицинских услуг и их последствиях, засвидетельствовав такое ознакомление личной подписью на соответствующих документах.

3.2.7. Своевременно прибыть к Исполнителю для получения медицинских услуг, а также добросовестно выполнять все устные или письменных предписания и рекомендации лечащего врача и другого медицинского персонала Исполнителя, задействованного в процессе предоставления медицинских услуг Заказчику, в том числе режима питания и приема лекарств. Не допускать во время прохождения курсов лечения (обследования) у Исполнителя принятие лекарств и проведение медицинских вмешательств, не согласованных с лечащим врачом Исполнителя.

3.2.8. Возмещать причиненный Исполнителю ущерб в полном объёме в течение 3 (трёх) рабочих дней с даты получения счета на возмещение ущерба.

3.3**. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:**

3.3.1. Получать от Заказчика достоверную и полную информацию, необходимую для надлежащего выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

3.3.2. Самостоятельно назначать время и очередность приема, выбирать консультантов, определять необходимость и сроки госпитализации, устанавливать объем и характер исследования и лечения.

3.3.3. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем и характер исследований, ма­нипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором.

3.3.4. Хранить всю медицинскую (в том числе снимки и результаты обследований, проведенных в других медицинских учреждениях Заказчика) в истории болезни на срок до 25 лет, в амбулаторной карте до 10 лет с даты окончания оказания услуг Заказчику.

3.3.5. Не начинать оказание Заказчику определенных медицинских услуг или приостановить их оказание в случае выявления у Заказчика противопоказаний для таких услуг, или иных обстоятельств, которые могут оказать существенное влияние на эффективность применения избранного Исполнителем в интересах Заказчика метода лечения.

3.3.6. Не приступать к оказанию медицинских услуг (помощи) до предоставления и/или оформления Заказчиком обязательной для такого вида услуг документации в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

3.3.7. В случае не предоставления Заказчиком необходимых документов или сведений, или преднамеренного предоставления ложных сведений о себе, Исполнитель имеет право отказать Заказчику в предоставлении услуг, а в случае оказания услуг не несет ответственности за качество оказанных им услуг, а также не отвечает за негативные последствия, наступившие в результате отсутствия достоверной информации у Исполнителя.

3.3.8. На возмещение материального ущерба, причиненного Заказчиком. Сумма материального ущерба оценивается комиссией Исполнителя, фиксируется в Акте о стоимости причиненного ущерба. На основании Акта причиненного ущерба Заказчику направляется счет на компенсацию ущерба, который должен быть им оплачен в течение 3 рабочих дней с даты его получения.

3.3.9. Изменить срок и дату предоставления медицинских услуг либо предоставить медицинскую услугу в порядке живой очереди в случае опоздания Заказчика более чем на 20 (двадцать) минут на консультацию, медицинскую процедуру, прочие медицинские манипуляции.

3.3.10. Отказаться от исполнения настоящего договора в одностороннем порядке при личном письменном отказе Заказчика от предоставления ему медицинских услуг.

3.4**. ЗАКАЗЧИК имеет право:**

3.4.1. Получать от исполнителя медицинские услуги надлежащего качества, объёма и стоимости в соответствии с настоящим Договором и перечнем услуг Исполнителя.

3.4.2. Имеет право выбрать лечащего врача Исполнителя с обязательным указанием причин своего выбора (письменно).

3.4.3. Получать достоверную информацию от Исполнителя о состоянии своего здоровья, применяемых методах лечения, о графике процедур, используемых медицинских препаратах, квалификации специалистов Исполнителя, привлекаемых для оказания услуг Заказчику.

3.4.4. До начала лечения или обследования отказаться в одностороннем порядке от исполнения настоящего договора при условии отсутствия неисполненных с его стороны обязательств по настоящему договору, уведомив об этом другую сторону путем направления письменного уведомления не позднее, чем за 7 дней до даты расторжения договора и получить обратно внесенную денежную сумму, на которую не были оказаны медицинские услуги, в течение 5 банковских дней с даты подачи заявления Заказчиком с приложением копии чека, подтверждающего внесение средств, и настоящего договора.

3.4.5. Предъявлять требования о возмещении реального ущерба, причиненного неисполнением или ненадлежащим ис­полнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда жизни или здоровью, компенсации за при­чинение морального ущерба в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. 3а неисполнение или ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

4.2. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором, или в связи с его исполнением, Стороны обязуются принять все меры к их разрешению путем переговоров. При невозможности разрешения указанных споров путем переговоров, Стороны обязуются принять все меры к их разрешению путем применения медиации. Явка всех сторон на переговоры относительно споров по настоящему договору признается обязательной. Претензионный порядок разрешения споров обязателен. Срок рассмотрения претензии – 10 календарных дней с даты ее получения.

4.3. Стороны согласились на сохранение электронной переписки, печатных писем, смс сообщений (любой мессенджер), фиксации (записи) телефонных звонков и на возможность ссылки на них при возникновении споров, а также при урегулировании конфликтных ситуаций по Договору.

4.4. За несвоевременное внесение платы за оказанные медицинские услуги Заказчик должен уплатить неустойку в размере 0.1% (ноль целых одна десятая процента) от суммы, уплата которой просрочена, за каждый календарный день просрочки исполнения обязательства.

4.5. Исполнитель не несет ответственности за эффективность лечения и/или вред, причиненный здоровью (жизни) Заказчика, или другой вред (ущерб), причиненный Заказчику без вины Исполнителя, а также в результате:

а) неявки или несвоевременной явки Заказчика на запланированные визиты или контрольные медицинские осмотры;

б) досрочного расторжения Договора по инициативе Заказчика;

в) несообщения или несвоевременного сообщения Заказчиком существенных сведений о состоянии здоровья Заказчика, в т. ч. наличие аллергических или других специфических реакций на медицинские препараты, индивидуальное их не восприятие, врожденные или приобретенные пороки развития органов и систем, наличие заболеваний, представляющих угрозу для окружающих и медперсонала, несообщение или умалчивание другой существенной информации о состоянии здоровья Заказчика;

г) несоблюдения Заказчиком предписаний и рекомендаций лечащего врача Исполнителя;

д) нарушения Заказчиком утвержденных Исполнителем Правил внутреннего распорядка;

е) использования лекарственных средств и изделий медицинского назначения ненадлежащего качества или не назначенных врачами Исполнителя;

ж) прохождения медикаментозного лечения, вмешательств в других учреждениях здравоохранения или проведение самолечения;

з) развития заболеваний или патологий Заказчика, не связанных с предоставлением медицинских услуг по настоящему Договору.

4.6. В случаях неявки Заказчика для оказания ему медицинской услуги в согласованное время без предварительного уведомления Исполнителя в соответствии с условиями настоящего договора и/или досрочного прекращения отношений с Заказчиком из-за грубого или систематического нарушения Заказчиком условий настоящего Договора Заказчик оплачивает Исполнителю штраф в размере суммы остатка неиспользованных, но внесенных Заказчиком денежных средств на медицинские услуги. Исполнитель в одностороннем порядке производит зачет оставшихся денежных средств в счет оплаты штрафа.

**5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ**

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора. Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того, было ли это нарушение совершено преднамеренно или случайно.

5.2. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, персональных данных или сведений, составляющих врачебную тайну, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны. Исключения из настоящего положения составляют случаи обязательного предоставления информации, предусмотренные действующими нормативными правовыми актами.

5.3. Стороны договорились о бессрочном характере условий по сохранению медицинской тайны и иной конфиденциальной информации.

5.4. Каждая из сторон обязана обеспечить строгую конфиденциальность полученной при выполнении договора информации (технологической, финансовой, коммерческой и другой) и принять все надлежащие меры по ее неразглашению, хранению и защите. Передача указанной информации любым третьим лицам, ее опубликование или разглашение другими путями и средствами может иметь место только с письменного согласия Сторон, кроме случаев, предусмотренных законодательством Республики Беларусь.

5.5. Исполнитель принимает все возможные меры по сохранению конфиденциальной информации, но не несет ответственности за ее разглашение в результате хакерских атак на программное обеспечение Исполнителя или физическую кражу носителей информации.

5.6. Конфиденциальной по настоящему Договору признается следующая информация:

− содержание настоящего Договора;

− информация о факте обращения Заказчика за медицинской помощью;

− любые сведения о биологических материалах, которые были направлены на исследования, данные о состоянии здоровья Заказчика, сведения, которые характеризуют физиологические и биологические особенности Заказчика, на основе которых можно установить личность Заказчика (биометрические персональные данные); сведения, которые характеризуют Заказчика как субъекта гражданских правоотношений (реквизиты документа, удостоверяющего личность, номер банковской карты, прочая личная информация Заказчика), а также о результатах этих исследований.

**6**. **ФОРС-МАЖОР**

6.1. Ни одна из Сторон не несет ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязательств по настоящему договору в случае, если это оказалось невозможным вследствие обстоятельств непреодолимой силы, по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством. К обстоятельствам непреодолимой силы относятся события чрезвычайного характера, возникшие после заключения настоящего договора, которые стороны не могли предвидеть, предотвратить либо оказать на них влияние разумными мерами (стихийные бедствия – пожар, землетрясения, наводнения, ураганы и т.п.; военные действия, массовые беспорядки; запретительные меры органов государственной власти и др.).

6.2. Сторона, для которой оказалось невозможным исполнение обязательств по настоящему договору вследствие обстоятельств непреодолимой силы обязана не позднее 14 дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

6.3. Если форс-мажорные обстоятельства существуют в течение 60 календарных дней и при этом выполнение настоящего договора в установленный срок становится невозможным, то любая из сторон имеет право прекратить действие договора, предварительно уведомив об этом другую сторону в письменной форме.

**7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

7.1. Заказчик принимает и соглашается, что осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникающие вследствие биологических особенностей организма Заказчика, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

7.2. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему договору действительны лишь в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны сторонами. Согласованные Сторонами изменения настоящего Договора оформляются дополнительным соглашением.

7.4. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.

Также допускается односторонний отказ от исполнения настоящего договора по основаниям предусмотренным настоящим договором. При этом договор считается расторгнутым с даты получения Заказчиком уведомления об одностороннем отказе от его исполнения, если иное не предусмотрено настоящим договором. Уведомление направляется на почтовые адреса, указанные в настоящем договоре. Датой получения является дата вручения письма или дата первой попытки почты вручить указанное письмо по месту нахождения адресата.

7.5. Каждая из Сторон гарантирует другой Стороне, что обладает необходимой дееспособностью, а также всеми правами и полномочиями на заключение и выполнение условий Договора.

Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, один экземпляр находит­ся у ИСПОЛНИТЕЛЯ, второй – у ЗАКАЗЧИКА.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ:  **Государственное учреждение**  **«Минский научно-практический центр**  **хирургии, трансплантологии**  **и гематологии»**  ул. Семашко, 8, 220045  Республика Беларусь, г. Минск  р/с BY42BELB36320001HR0060226000  Сервисный офис № 700  ОАО «Банк БЕЛВЭБ» BIC: BELBВY2X  г. Минск, ул. Заславская, 10  УНП 100660677 ОКПО 37600095 |  | ЗАКАЗЧИК:  ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Расшифровка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Согласие (отказ), отзыв согласия пациента (лиц, указанных в части

второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении») на

(от) внесение(я) и обработку(и) персональных данных пациента и

информации, составляющей врачебную тайну

Я,

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется),

(дата рождения пациента или лиц, указанных в части второй статьи 18

Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»)

документ, удостоверяющий личность:

серия номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кем выдан ,

дата выдачи г.,

идентификационный номер ,

проживающий(ая) по адресу: ,

адрес электронной почты ,

контактный номер телефона: ,

**(«даю согласие на», «отказываюсь от»,**

**«отзываю согласие на» - нужное указать)**

внесение(я) и обработку(и) персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну, при формировании электронной медицинской карты пациента, информационных систем, информационных ресурсов, баз (банков) данных, реестров (регистров) в здравоохранении в отношении

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента (заполняется в случае дачи согласия (отказа), отзыва согласия лицом, указанным в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»)

(подпись) (инициалы, фамилия пациента, или лиц, указанных

в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»)

(подпись) (инициалы, фамилия медицинского работника)

г.

Уведомление о предоставлении информации об Операторе, уведомление о разъяснении прав, связанных с обработкой персональных данных, получены в письменной форме на руки.

(подпись) (инициалы, фамилия пациента, или лиц, указанных в (дата)

части второй статьи 18 Закона Республики

«О здравоохранении»)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О.)

ознакомлен(а), что платные медицинские услуги по данному договору являются дополнительными к гарантированному государством объёму бесплатной медицинской помощи и оказываются гражданам Республики Беларусь на основании письменных договоров возмездного оказания медицинских услуг.

Уведомлен(а) о возможностях оказания медицинской помощи на бесплатной основе в рамках государственных гарантий.

Отказываюсь от бесплатной медицинской помощи в рамках государственных гарантий.

Добровольно принимаю на себя обязательство своевременно оплачивать стоимость соответствующих видов и объёмов медицинских услуг и подтверждаю, что ознакомлен(а) с прейскурантом цен и ориентировочной стоимостью, оказываемых медицинских услуг, и согласен(на) их оплатить.

Обязуюсь оплатить стоимость лекарственных средств, изделий медицинского назначения, не включенных в Республиканский формуляр медицинских изделий и Республиканский формуляр лекарственных средств, и других расходов, понесенных учреждениями здравоохранения при оказании медицинских услуг в выходные дни.

Обязуюсь возместить стоимость лекарственных средств, изделий медицинского назначения, включенных в Республиканский формуляр медицинских изделий и Республиканский формуляр лекарственных средств, и других расходов, понесенных учреждениями здравоохранения при оказании медицинских услуг в выходные дни для дальнейшего возмещения расходов в соответствующий бюджет в соответствии с законодательством.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись)