областное государственное автономное учреждение здравоохранения
«ДЕТСКИЙ ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ»

ул.Елизаровых, д.53, г.Томск, 634012; тел. (3822) 54-13-21; факс (3822)54-03-58,
email: ИНН 7017003080; КПП 701701001

СОГЛАСИЕ субъекта на обработку персональных данных:

Я _____,

(Фамилия, Имя, Отчество законного представителя несовершеннолетнего полностью)
даю свое согласие на обработку в ОГАУЗ «ДЦВЛ» следующих персональных данных:

1. Фамилия, имя, отчество
2. Дата рождения
3. Номер, серия, дата выдачи основного документа, удостоверяющего личность
4. Адрес прописки (регистрации)

своих и

(Фамилия, Имя, Отчество несовершеннолетнего полностью)

В случае неправомерного использования персональных данных соглашение отзывается

Данное соглашение действует в полном соответствии с Федеральным законом № 152 от 02.07.2006 г. «О защите персональных данных»

(подпись Заказчика) (дата)

(подпись Потребителя, достигшего 14-летнего возраста) (дата)

областное государственное автономное учреждение здравоохранения
«ДЕТСКИЙ ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ»

ул.Елизаровых, д.53, г.Томск, 634012; тел. (3822) 54-13-21; факс (3822)54-03-58,
email: ИНН 7017003080; КПП 701701001

УВЕДОМЛЕНИЕ

Настоящим уведомляю Потребителя (законного представителя Потребителя) _____, представляющего интересы ребенка _____ 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.

Мною прочитано, _____,
(подпись)

«__» _____ 201__г.

Я, _____, проинформирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи, а именно _____ без взимания платы в рамках государственного задания ОГАУЗ «ДЦВЛ», а также в иных учреждениях, оказывающих соответствующие услуги в рамках Программы государственных гарантий.

Мною прочитано, _____,
(подпись)

«__» _____ 201__г.

ПРИЛОЖЕНИЕ К ДОГОВОРУ ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

№ _____ от

1. Сведения об исполнителе, о потребителе (законном представителе), заказчике.

а) Сведения об исполнителе:

Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Детский центр восстановительного лечения»
Адрес: 634012, г.Томск, ул. Елизаровых, 53, ИНН/КПП 7017003080 / 701701001, ОГРН 1027000877331, Лицевой счет № 8104000537 В Департаменте финансов Томской области Счет №40601810400003000001 ОТДЕЛЕНИЕ ТОМСК Г ТОМСК БИК 046902001

Лицензия о медицинской деятельности № Л041-01043-70/00316117 от 05 сентября 2017г. Лицензирующий орган: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Адрес : 634029, г. Томск, ул. Белинского, 15 А Тел: (3822) 53-34-11.) Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией:

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуется и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре, медицинскому массажу, организации сестринского дела, сестринскому делу, физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, офтальмологии, психиатрии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике.

а1) Сведения о лице, заключающем договор от имени исполнителя.

фамилия, имя, отчество: _____; должность: _____;
документ, подтверждающий полномочия указанного лица: _____ (доверенность);

б) Сведения о потребителе

фамилия, имя и отчество (при наличии): _____

адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения, и телефон:

_____;

данные документа, удостоверяющего личность:

_____;

в) Сведения о законном представителе потребителя или лице, заключающем договор от имени потребителя

фамилия, имя и отчество (при наличии): _____

адрес места жительства и телефон:

данные документа, удостоверяющего личность:

г) Сведения о заказчике (в том числе если заказчик и законный представитель являются одним лицом).

фамилия, имя и отчество (при наличии): _____

адрес места жительства и телефон заказчика - физического лица

_____;

данные документа, удостоверяющего личность заказчика

_____;

данные документа, удостоверяющего личность законного представителя потребителя

_____;

наименование и адрес заказчика - юридического лица в пределах его места нахождения, основной государственный регистрационный номер и идентификационный номер налогоплательщика, должность лица, заключающего договор от имени заказчика;

_____;

2. Иные положения:

2.1. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг: до 14 дней со дня вступления настоящего договора в силу.

2.2. Порядок и условия выдачи потребителю (законному представителю потребителя) после исполнения договора исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы: по обращению потребителя (законного представителя потребителя) в течение 1 месяца.

2.3. При заключении договора потребителю и (или) заказчику предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов 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.

2.4. Потребитель и (или) заказчик уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "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.

2.5. До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомил потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Подписи исполнителя и потребителя (заказчика):

Исполнитель :

Потребитель (заказчик) (ФИО):

_____ / _____./

_____ / _____./

подпись, (фио)

подпись, (фио)