***До заключения договора на оказание платных медицинских услуг, я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(фамилия, имя, отчество пациента, законного представителя несовершеннолетнего пациента, указывается полностью)*

***уведомлен представителем СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 9» о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников, указанного учреждения, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.***

***Кроме того, я подтверждаю, что до заключения договора на оказание платных медицинских услуг, я внимательно ознакомился с условиями договора, с перечнем и стоимостью платных медицинских услуг. Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Мне разъяснено и понятно мое право на бесплатное получение мной в отдельных случаях, отдельных видов услуг, аналогичных услугам, оказываемым за плату. Решение о заключении договора на оказание платных медицинских услуг принято мной самостоятельно и добровольно.***
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись Потребителя) (фамилия, инициалы)*

**Договор на оказание платных медицинских услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| Санкт-Петербург  |  «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г. |

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Кожно-венерологический диспансер № 9" (195256, Санкт-Петербург, ул. Софьи Ковалевской дом 10, корпус 1), именуемое в дальнейшем «Исполнитель» либо СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 9», в лице главного врача Стрельниковой И.А., действующего на основании Устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности № ФС-78-01-002414 от 08 декабря 2011 г., с одной стороны, и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 *(фамилия, имя и отчество полностью, собственноручно)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(при оказании медицинской услуги несовершеннолетнему, руководствуйтесь примечанием 1 и 2)*

именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя на основании информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя потребителя), обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с требованиями, установленными законодательством РФ, а Потребитель обязуется оплатить указанные услуги, в порядке и на условиях, установленных настоящим Договором.

Услуги по настоящему Договору будут оказаны врачем:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору, указывается в Приложении № 1, являющимся неотъемлемой частью договора. Одновременно Потребитель может самостоятельно ознакомиться с перечнем и стоимостью платных медицинских услуг на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по адресу: www.kvd9spb.ru., а также на информационных стендах, размещенных в помещении СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 9».

1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.4. Срок оказания медицинских услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1.5. Потребителю известно, что необходимым условием для получения медицинских услуг по настоящему Договору, является предоставление им, в письменной форме, информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (Приложение № 1).

1.6. Заключая настоящий договор Потребитель подтверждает, что ему разъяснено и понятно следующее:

- Потребитель вправе предъявить медицинским работникам СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 9» результаты медицинских обследований (исследований), в том числе медицинских анализов, полученных за пределами СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 9» в других медицинских организациях. При этом, медицинские работники СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 9», не несут ответственности за содержание и результаты вышеуказанных результатов медицинских обследований (исследований), в том числе за содержание и результаты медицинских анализов;

- Медицинский работник СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 9», вправе рекомендовать Потребителю повторно сдать медицинские анализы либо пройти обследование, в том числе и в случае, если между получением результатов анализов (обследований) и предъявлением их медицинскому работнику, прошел длительный промежуток времени;

- Учитывая особенности возникновения и развития дерматологических и венерологических заболеваний сроки сдачи медицинских анализов оказывают прямое влияние на профилактику, диагностику и лечение таких заболеваний. Для диагностики отдельных видов заболеваний, Потребителю рекомендуется соблюдать минимальные временные промежутки между сдачей медицинского анализа и осмотром врача.

1.7. Заключая настоящий Договор, Потребитель соглашается с тем, что решение о выполнении рекомендаций, требований, назначений, предписаний медицинских работников СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 9», Потребителем принимается самостоятельно и добровольно. При этом, Потребитель самостоятельно несет риск последствий, связанных с невыполнением либо ненадлежащим выполнением рекомендаций, назначений, предписаний, требований медицинских работников СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 9».

**2. Права и обязанности сторон**

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых пациенту платных медицинских услуг (Приложение № 2), качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

2.1.2. Оказывать медицинские услуги в полном объеме в соответствии с настоящим договором, после оплаты Потребителем предоставляемых услуг в порядке, установленном настоящим Договором.

2.1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя.

Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.4. Исполнитель предоставляет Потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;

- иные сведения, предусмотренные законодательством РФ;

2.1.5. Соблюдать врачебную тайну, которую составляют сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении.

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1. Отказаться от исполнения настоящего договора в случае невыполнения Потребителем рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу.

2.2.2. При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Потребителю в оказании таких услуг.

2.2.3. Отказаться от исполнения настоящего Договора, в случае невыполнения Потребителем своих обязательств по оплате предоставляемых ему медицинских услуг.

2.2.4. Реализовывать другие права, предусмотренные действующим законодательством РФ.

2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1. Своевременно, в порядке предусмотренном настоящим Договором, оплатить предоставляемые услуги.

2.3.2. Предоставить Исполнителю, в лице его представителей (врачей), результаты медицинских обследований (исследований), в том числе результаты анализов и консультаций врачей, полученных за пределами СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 9». Кроме того, перед получением услуги, Потребитель обязан сообщить Исполнителю, в лице его представителей (медицинских работников), все известные ему сведения о состоянии своего здоровья, в том числе о непереносимости лекарственных средств (аллергии), о иных заболеваниях. Заключая настоящий договор, Потребитель согласен с тем, что самостоятельно несет риск последствий, связанных с не предоставлением либо несвоевременным предоставлением им медицинским работникам СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 9» вышеуказанной информации о медицинских исследованиях, состоянии здоровья и о аллергии.

2.3.3. Внимательно ознакомиться с условиями настоящего Договора, в частности с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по Договору, с пунктами 3.4 и 4.3. Договора.

2.3.4. Неукоснительно, своевременно и в полном объеме выполнять все требования, предписания, назначения, рекомендации Исполнителя, в лице представляющих его интересы медицинских работников СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 9». Заключая настоящий договор, Потребитель согласен с тем, что самостоятельно несет риск последствий, связанных с невыполнением либо ненадлежащим выполнением им требования рекомендаций, предписаний, назначений, предоставленных медицинскими работниками СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 9».

 2.3.5. При  прохождении лечения, в котором принимают участие врачи СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 9»,  сообщать  лечащему  врачу о любых изменениях самочувствия;

2.3.6. Соблюдать режим работы СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 9»;

2.3.7. Исполнять иные обязанности, предусмотренные законодательством РФ и настоящим Договором.

2.4. Потребитель вправе:

2.4.1. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах, в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.4.2. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

2.4.3. Реализовывать иные права, предоставленные законодательством РФ и настоящим Договором.

 2.5. Потребитель согласен, что подписанием настоящего Договора, он предоставляет свое добровольное информированное согласие на обработку своих персональных данных (фамилии, имени, адреса места жительства, номера телефона и т.п.), в объеме и исключительно для целей, связанных с исполнением Сторонами своих обязательств по настоящему Договору.

**3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов**

3.1. Стоимость медицинских услуг, оказываемых по настоящему договору, указывается в Приложении № 2. Стоимость оказываемых Потребителю услуг составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.

3.2. Потребителю, в соответствии с законодательством Российской Федерации, выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

3.3. Сумма денежных средств, указанных в пункте 3.1. настоящего Договора, вносится Потребителем в полном объеме в кассу Исполнителя, до получения им соответствующей услуги. Оплата услуг, оказываемых Исполнителем, не может осуществляться после предоставления услуг, а также в частями (в рассрочку) и с отсрочкой платежа.

3.4. В случае невозможности выполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, по вине Потребителя, в том числе при нарушении последним своих обязанностей, предусмотренных Договором и законодательством РФ, оплата фактически предоставленных Потребителю медицинских услуг осуществляется в полном объеме.

**4. Ответственность сторон**

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.2.  Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение либо ненадлежащее исполнение Потребителем своих обязанностей, предусмотренных настоящим Договором, в частности, обязанностей предусмотренных пунктами 2.3.2, 2.3.3. и 2.3.4. настоящего Договора.

4.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по договору.

**5. Заключительные положения**

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения своих обязательств Сторонами.

5.2. Все дополнения и изменения условий настоящего Договора действительны, если они составлены в письменной форме, в виде Приложений к Договору. Приложения к Договору являются его неотъемлемыми частями. Настоящий Договор может быть изменен только по взаимному согласию Сторон.

5.3. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор считается расторгнутым. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

5.4. Настоящий договор составлен в двух одинаковых экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

5.5. Вопросы не урегулированные настоящим договором, регулируются законодательством РФ.

5.6. Исполнитель оказывает Потребителю услуги на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ФС-78-01-002414 от 08 декабря 2011 года, выданной Территориальным органом Росздравнадзора по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области (190068, Санкт-Петербург, наб. Канала Грибоедова дом 88-90, телефон (812) 314-67-89). Исполнитель поставлен на учет в налоговом органе 08.10.1992 года, в Межрайонной инспекции ФНС № 18 по Санкт-Петербургу за основным государственным регистрационным номером 1027802517577 (бланк Свидетельства серии 78 № 008379613).

5.7. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность СПб ГБУЗ " Кожно-венерологический диспансер № 9" в соответствии с лицензией, в связи с большим его объемом, предоставляется Потребителю по его просьбе. Кроме того, Потребитель может быть ознакомлен с перечнем работ, составляющих медицинскую деятельность на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по адресу: www.kvd9spb.ru, а также на информационном стенде, размещенном в помещении СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 9».

**7. Реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
|  ИсполнительСанкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Кожно-венерологический № 9"195256, Санкт-Петербург, ул. Софьи Ковалевской дом 10, корпус 1Телефоны (812) 535-10-26 (регистратура) (812) 535-65-59 (отделение платных услуг)ИНН 7804006911, КПП 780401001Получатель платежа: Комитет финансов Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ "КВД №9, л/сч 0511003")ИНН/КПП 7804006911/780401001Р/сч: 40601810200003000000  Северо-Западное ГУ Банка РоссииБИК: 044030001Электронная почта: kvd9@zdrav.spb.ruГлавный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Стрельникова И.А)М. П. |  Потребитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(фамилия, имя, отчество)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(адрес места жительства)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(телефон)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

***Приложение 1***

***к Договору на оказание платных медицинских услуг***

***№\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_года***

 **Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,
на которые граждане дают информированное добровольное согласие
при выборе врача и медицинской организации для получения
первичной медико-санитарной помощи**

Я,

*(Ф.И.О. гражданина)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. рождения, зарегистрированный по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)*

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень 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 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения "Кожно-венерологический диспансер № 9"

Медицинским работником

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

в доступной для меня форме 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, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

*(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(подпись)* |  | *(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(подпись)* |  | *(Ф.И.О. медицинского работника)* |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. |

*(дата оформления)*

***Приложение 3***

***к Договору на оказание платных медицинских услуг***

***№\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_года***

**С О Г Л А С И Е**

**законного представителя (родителя, усыновителя, попечителя),**

 **несовершеннолетнего пациента от 14 до 18 лет, на заключение**

**договора на оказание платных медицинских услуг**

Я,

*(Ф.И.О. гражданина полностью)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. рождения, зарегистрированный по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*(адрес места жительства гражданина либо законного представителя),*

являясь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(кем является лицо по отношению к несовершеннолетнему пациенту (родителем, усыновителем или попечителем)*

несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(ФИО несовершеннолетнего)*

имеющий паспорт серии\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года,

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

*(кем выдан паспорт)*

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

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

подписанием настоящего документа даю свое письменное согласие на заключение несоверешеннолетним\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(фамилия и инициалы несовершеннолетнего)*

договора на оказание платных медицинских услуг в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения "Кожно-венерологический диспансер № 9»

Одновременно я даю свое информированное добровольное согласие на обработку моих персональных данных, а также на обработку персональных данных указанного несовершеннолетнего, законным представителем которого я являюсь, в предоставленных мной объемах и для целей, связанных с оказанием медицинской помощи указанному несовершеннолетнему.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(подпись)* |  | *(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(подпись)* |  | *(Ф.И.О. медицинского работника)* |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. |

*(дата оформления)*