

| | |
|--------------------------|--|
| паспорт | |
| серия /номер | |
| место выдачи | |
| когда выдан | |
| код подразделения | |

УВЕДОМЛЕНИЕ

(в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг,
утв. постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006)

Настоящим Заказчик/Законный представитель/Пациент подтверждает, что до заключения договора он уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

Заказчик/Законный представитель/Пациент также подтверждает, что Исполнитель предоставил ему в доступной форме информацию 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. Также Заказчик/Законный представитель/Пациент подтверждает, что до подписания настоящего Договора ознакомился с утвержденными Исполнителем Прейскурантом и иными документами.

(собственноручно полностью **ФИО пациента, подпись**)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

В соответствии с Федеральным законом от 27.07. 2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»,

даю оператору – ООО «Реми», находящемуся по адресу: 197022, Россия, г. Санкт-Петербург, Новочеркасский пр-кт, д. 33, кор. 3, пом.15Н согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных Пациента), в том числе: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, паспортные данные или данные другого документа, удостоверяющего личность, адрес регистрации и фактического проживания, номера домашнего и мобильного телефонов, адресов электронной почты, сведений о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские организации, для чего предоставляю право осуществлять все действия с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, на передачу моих данных органам власти и организациям, осуществляющим контроль качества оказания мне медицинских услуг, в иные медицинские организации, в другие организации, с которыми у оператора имеются договорные отношения, только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено действующим законодательством РФ. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные в ручном и/или автоматизированном режиме посредством включения их в электронные базы данных оператора.

Настоящее согласие выдано без ограничения срока и может быть отозвано на основании моего письменного заявления.

(собственноручно полностью **ФИО пациента, подпись**)

(**ФИО законного представителя лица, не достигшего возраста 15 лет, или больного наркоманией, не достигшего возраста 16 лет, или лица, признанного в установленном порядке недееспособным, подпись**)