

## **Информированное добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг, обработку персональных данных, медицинское вмешательство**

Я \_\_\_\_\_,  
(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_,

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг в ГАУЗ СО «Кировградская ЦГБ» (далее по тексту – Учреждение) даю свое согласие на:

1. На оказание платных медицинских услуг:

1.1. Я получил(а) от сотрудников Учреждения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

1.2. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен (на) оплатить стоимость медицинских услуг, указанных в настоящем Договоре.

2. На обработку персональных данных:

2.1. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку Учреждением моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

2.2. Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях выполнения обязательств по договору оказания платных медицинских услуг.

2.3. Настоящее согласие предоставляется на осуществление особых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных целей.

2.4. Я подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

3. На медицинское вмешательство:

3.1. Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения необходимых манипуляций (процедур), выполняемых в рамках заключенного настоящего договора.

3.2. Мне полностью понятно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительного медицинского вмешательства.

