

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ОБРАБОТКУ ПЕСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, Пациент (ка) _____ настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в стоматологической клинике «ПлоМбир» (далее по тексту Исполнитель, ИП Пупынин М.О. ИНН 631223129566 ОГРНИП 319631300121565). При этом Исполнитель в доступной для меня форме:

- ознакомил с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. № 1006);
- ознакомил с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;
- уведомил 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;
- уведомил в письменной форме о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента. Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией по порядку представления платных медицинских услуг и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг. Своей подписью подтверждаю, что даю согласие Исполнителю на обработку необходимых персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, данные о состоянии своего здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях уведомления об услугах и акциях по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков и СМС, в объеме и способами, указанными в Федеральном законе № 152-ФЗ «О персональных данных»

Пациент _____

« _____ » _____ 20 ____ г.