

СОГЛАСИЕ
на передачу персональных данных

Я, _____
Дата рождения: _____, Паспорт : _____
выдан _____
зарегистрированный(ая) по адресу : _____
в лице законного представителя _____
_____ фамилия, имя, отчество
паспорт : _____
серия, номер _____
_____ дата выдачи : _____
выдавший орган _____
зарегистрированного(ой) по адресу: _____

_____ акт органа опеки и попечительства и др.
в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 52-ФЗ "О персональных данных", даю свое согласие ГАУЗ "Сабинская ЦРБ" расположенному по адресу : Сабинский район, пгт Богатые Сабы, ул.Тукая, 3 (далее - медицинская организация) на передачу в Министерство здравоохранения Республики Татарстан (местонахождение: 420111, г.Казань, ул. Островского, д.11/6) для последующей передачи им в Государственное учреждение "Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан" (местонахождение: 420097, г.Казань, ул. Ветеринарная, д.6) в автоматизированной системе и без использования средств автоматизации персональных данных : моих или ребенка(опекаемого)(нужное подчеркнуть), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, сведения о паспортных данных (серия, номер, выдавший орган, дата выдачи), а также сведения о факте обращения в медицинскую организацию за оказанием платных медицинских услуг, о полученных в медицинской организации платных медицинских услугах, для осуществления проверки соблюдения медицинской организацией законодательства об обязательном медицинском страховании. Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме путем подачи соответствующего заявления _____ в _____ медицинскую _____ организацию.

Гражданин (Законный представитель) _____

Дата : _____ 202 г.

Уведомление
о последствиях несоблюдения указаний
(рекомендаций) медицинского учреждения

ГАУЗ «Сабинская ЦРБ», в соответствии с п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 N 1006, уведомляет _____ о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского учреждения (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.

С уведомлением ознакомлен, экземпляр на руки получил до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

" ____ " _____ 2026 г.

(Ф.И.О. потребителя (заказчика)) (подпись) ✓

Форма
Информированное добровольное согласие пациента на получение
платных медицинских услуг

Я, _____

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от «__» _____ 20__ г.
желаю получить платные медицинские услуги в ГАУЗ "Сабинская центральная районная больница"
при этом мне разъяснено и мной осознано следующее :

1. Я, получив от сотрудников ГАУЗ "Сабинская центральная районная больница"
полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных услуг в
ГАУЗ "Кукморская центральная районная больница", в рамках Программы государственных гарантий
оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказан
ие мне
платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько услуг
3. Я согласен (а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить
вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностя
ми организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, предъявляем
ых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории Российской
Федерации
ГАУЗ "Сабинская центральная районная больница" не несет ответственности за их возникновение.
4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (а) исполнять все назнач
ения,
рекомендации и советы врачей ГАУЗ "Сабинская центральная районная больница".
5. Мной добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды
медицинских услуг, которые я хочу получить в ГАУЗ "Сабинская центральная районная больница"
и согласен(а) их оплатить
6. Я ознакомлен (а) с действующим Прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской
услуги в соответствии с ним.
7. Виды выбранных мной платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их опла
ту в кассу (наличными) ГАУЗ "Сабинская центральная районная больница"
в сумме:
8. Я проинформирован (а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помо
щь в
других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в
ГАУЗ "Сабинская центральная районная больница"
9. Настоящее информированное добровольное согласие мной прочитано, я полностью понимаю
преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю свое согласие на их применение.

« Потребитель»:

Паспорт № _____ Выдан _____

Адрес _____

подпись _____

Дата : «__» _____ 20__ г.