

## Согласие на обработку персональных данных

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Приложение к Договору на оказание платных медицинских услуг

Я, дееспособное лицо, достигшее восемнадцатилетнего возраста, настоящим, для целей исполнения условий Договора на оказание платных медицинских услуг, и приложением к которому является данное Согласие, даю информированное добровольное согласие Медицинскому центру «МЫ» 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., регистрационный № 24082) (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (Пациент), в соответствии с условиями заключенного Договора в Медицинском центре «МЫ».

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».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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, в том числе после смерти:

Я уведомлен, что сведения о таких лицах могут быть переданы в Медицинский центр «МБ» при обращении непосредственно в клинику.

Настоящее согласие предоставлено мной на условиях Договора на оказание платных медицинских услуг, путем проставления отметки «согласен» («галочки») с использованием простой электронной подписи, и является равнозначным документу на бумажном носителе, подписанным собственноручной подписью.