



Наименование ответственной медицинской организации

ГАУЗ РККВД

26754914

Код формы по ОКПДУ

Код учреждения по ОКПО

420094, г.Казань, ул.Короленко, 54

№ ЛО 41-01181-16/00576773 от 05.08.2020г.

Адрес

Лицензия

Медицинская документация
Форма №001-ИЗ

172-24

Медицинское заключение № 92112196

о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний,
представляющих опасность для окружающих

10 Января 24
от « » 20__ г.

Гадзама Эзекиэль Джон

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии)

23 06 2003

2. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____ ;

место рождения _____

мужской

3. Пол (мужской/женский) _____

Иностранный паспорт

B50297055

4. Документ, удостоверяющий личность _____

(№, серия, дата и место выдачи)

выдан 16.08.2022 ФЕСТАК, ЛАГОС

5. Место жительства (место регистрации, место фактического проживания)

субъект Российской Федерации _____ район _____
(нужное подчеркнуть)
город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ корпус _____ квартира _____
Татарстан Иннополис Верхнеусло

6. Сведения об имеющемся гражданстве _____ НИГЕРИЯ

7. Страна постоянного (преимущественного) проживания _____

8. Сведения о планируемом периоде пребывания в Российской Федерации
один год

Ахтямова Е.Ф

A15 - A19 не выявлено

9. Заключение

Врач-фтизиатр профессор А.Г. Ге фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись
М.П. (при наличии) « » 10 ЯНВ 2024 г.

Уполномоченное лицо медицинской организации

М.П. (при наличии) « » 10 ЯНВ 2024 г.

10. Заключение

Врач-дерматовенеролог фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись
М.П. (при наличии) « » 10 ЯНВ 2024 г.

Уполномоченное лицо медицинской организации

М.П. (при наличии) « » 10 ЯНВ 2024 г.

11. Заключение

Врач-инфекционист фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись
М.П. (при наличии) « » 10 ЯНВ 2024 г.

Уполномоченное лицо медицинской организации

М.П. (при наличии) « » 10 ЯНВ 2024 г.

12. Заключение

Врач-терапевт фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись
М.П. (при наличии) « » 10 ЯНВ 2024 г.

Уполномоченное лицо медицинской организации

М.П. (при наличии) « » 10 ЯНВ 2024 г.

13. Медицинское заключение
Выявлено (зачеркнутое) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих (зачеркнутое подчеркнуто).

Уполномоченное лицо медицинской организации (должность)

АРХИПОВА И.В

М.П. (при наличии) « » 10 ЯНВ 2024 г.

ООО "НПО "НЕОПРИН", г. Всеволожск, 2023, "В". Зак №СП-25 Тираж 100000.

9
Министерство
здравоохранения и
социального развития
Российской Федерации
ГАУЗ "РККВД"

Медицинская документация
Учетная форма №454/у-06

**Справка о результатах
химико-токсикологических исследований № 72-24/6983**



ГАУЗ "РККВД"

(наименование химико-токсикологической лаборатории - ХТЛ)

Химико-токсикологические исследования №№
Дата проведенных химико-токсикологических исследований

10 ЯНВ 2024

Химико-токсикологические исследования проведены

БОГДАНОВА Е.В.

(фамилия, инициалы специалиста ХТЛ, проводившего исследования)

Химико-токсикологические исследования проведены по Направлению на химико-токсико-
логическое исследование

ОМОИГ

(наименование структурного подразделения медицинской организации,

ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ №3 РККВД

производившего отбор биологического объекта и выдавшего направление на химико-токсикологические исследования)

№ 9 от « 04 ЯНВ 2024 » 20 г.

Фамилия, инициалы освидетельствуемого, возраст

Гадзама Эзекиэль Джон

23.06.2003

Код биологического объекта

9.62

Биологический объект

моча

Методы исследования:

ИММУНОХРОМАТИЧЕСКИЙ
АНАЛИЗ (ИХА)

предварительные:

подтверждающие:

При химико-токсикологических исследованиях обнаружены (вещества, средства):

ПАРКИНИСТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА
ПСИХОТРОПНЫЕ ВЕЩЕСТВА ИХ МЕТАБОЛИТЫ
БЫЛО ОБНАРУЖЕНЫ



концентрация обнаруженного вещества (средства)

签名

(подпись специалиста ХТЛ, проводившего исследование)

Государственное автономное учреждение здравоохранения
«Республиканский клинический наркологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Татарстан имени профессора А.Г. Раевского»

Наименование медицинской организации
ГАУЗ РККВД, г. Казань, ул. Короленко, 54
Адрес г. Казань, ул. Короленко, 54
Лицензия № ЛО 41-01181-16/00576773



Форма для СКУД
Код учреждения по ОКПО 26754914
Медицинская документация
Форма № 001-13

Медицинское заключение серия № 72-24/6983

об отсутствии факта употребления иностранным гражданином или лицом без гражданства наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ и их метаболитов

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) Гадзама Эзекиэль Джон
2. Дата рождения: 23.06.2003;
место рождения _____
3. Пол мужской
4. Документ, удостоверяющий личность № В50297055
(№, серия, дата и место выдачи)
5. Место жительства (место регистрации, место фактического проживания)
420500, Верхнеуслонский, г. Иннополис, ул. Университетская, д.1, корп.4, кв.407
субъект Российской Федерации: Республика Татарстан (Татарстан) район
Верхнеуслонский город Иннополис населенный пункт
улица Университетская дом 1 корпус 4 квартира 407
6. Сведения об имеющемся гражданстве: НИГЕРИЯ Федеративная Республика Нигерия
7. Страна постоянного (преимущественного) проживания: НИГЕРИЯ
8. Сведения о планируемом периоде пребывания в Российской Федерации: _____
9. Дата выдачи медицинского заключения: 09.01.2024 9:27:14
10. Медицинское заключение: выявлено отсутствие факта употребления иностранным гражданином или лицом без гражданства наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ и их метаболитов
11. Фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись врача, выдавшего медицинское заключение: _____
М.Н. (при наличии)

ДЕЙСТВИТЕЛЬНО
БЕЗ ГОЛОГРАММЫ

На момент осмотра
наркологической
патологии не обнаружено

ГАУЗ "РККВД"

(Наименование медицинской организации)

420094, г.Казань, ул. Короленко, 54

(адрес местоположения, телефон)

ОГРН **1021602836430**
№ ЛО 41-01181-16/00576773 от 05.08.2020г. Бессрочно

(дата выдачи, номер и срок действия лицензии)

СЕРТИФИКАТ серия 920227 № 0241535
об отсутствии вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)

Фахуртдинова Рузия Ризванова

Я,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) врача)

настоящим подтверждаю, что

Гадзама Эзекиэль Джон

Иностранный паспорт B50297055

(паспорт или иной документ удостоверяющий личность, страна постоянного или преимущественного проживания)

НИГЕРИЯ

23.06.2003

был(а)
обследован(а)

10 RHB 2024

ВЕКТОР БЕСТ

C. 2811

(дата тестирования , серия тест-системы)

Определение антител к ВИЧ-1 и ВИЧ-2 всех классов (IgG, IgM) методом иммуноферментного анализа с ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ результатом

Фахуртдинова Р.Р.

Врач-специалист, направивший
на обследование

(фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

Главный врач медицинской организации

И.К.Минуллин

Фамилия, имя
отчество
(при наличии)
обследуемого

10 01

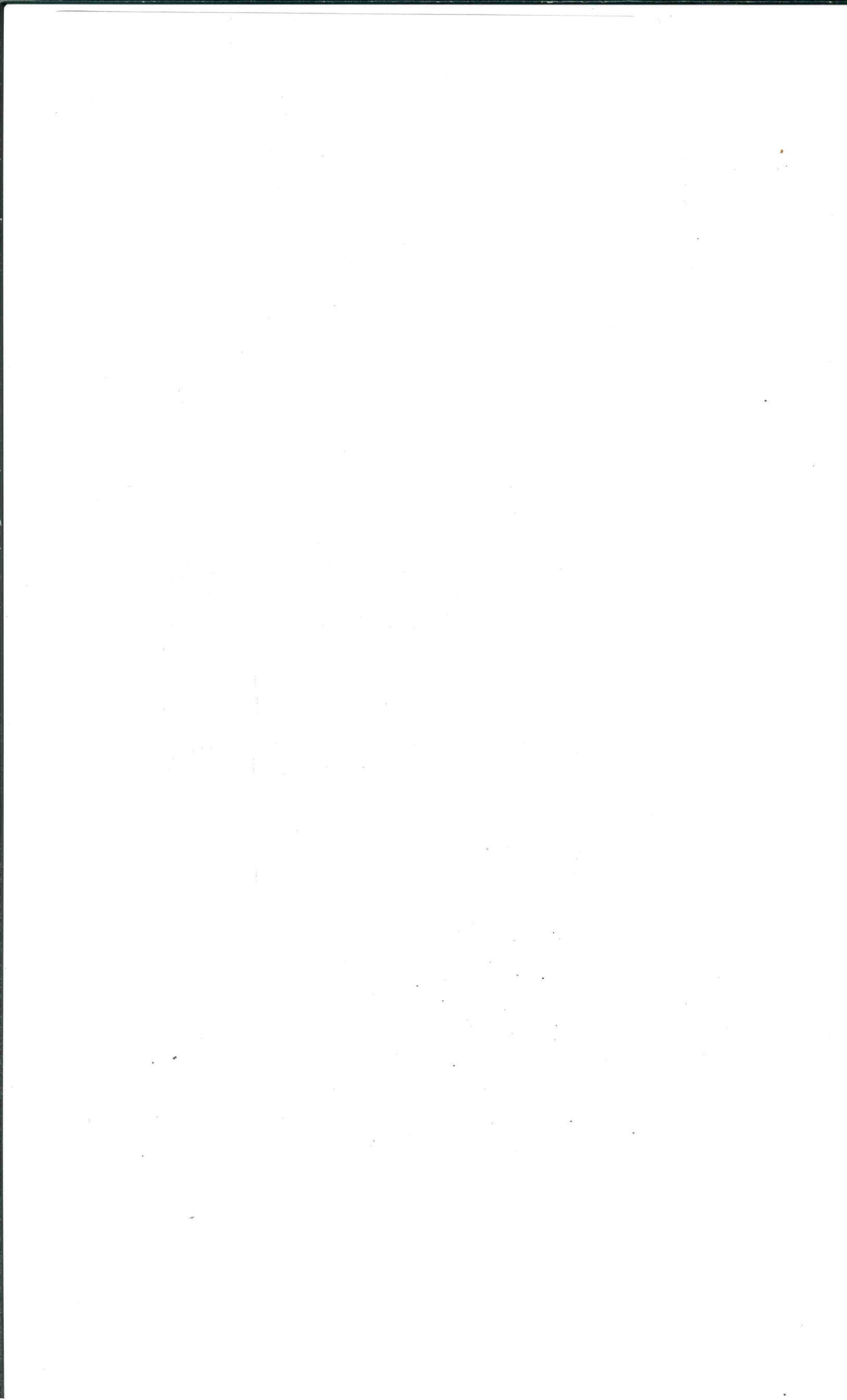
Срок действия с «_» по «_»

для
справок

Срок действия с «_____»

2025

10



Ф.И.О. (полностью) Гадзама Эзекиэль Джон

Дата рождения (полностью) 23.06.2003

Адрес: 420500, Верхнеуслонский, г.Иннополис, ул.Университетская,
д.1, корп.4, кв.407

Место работы

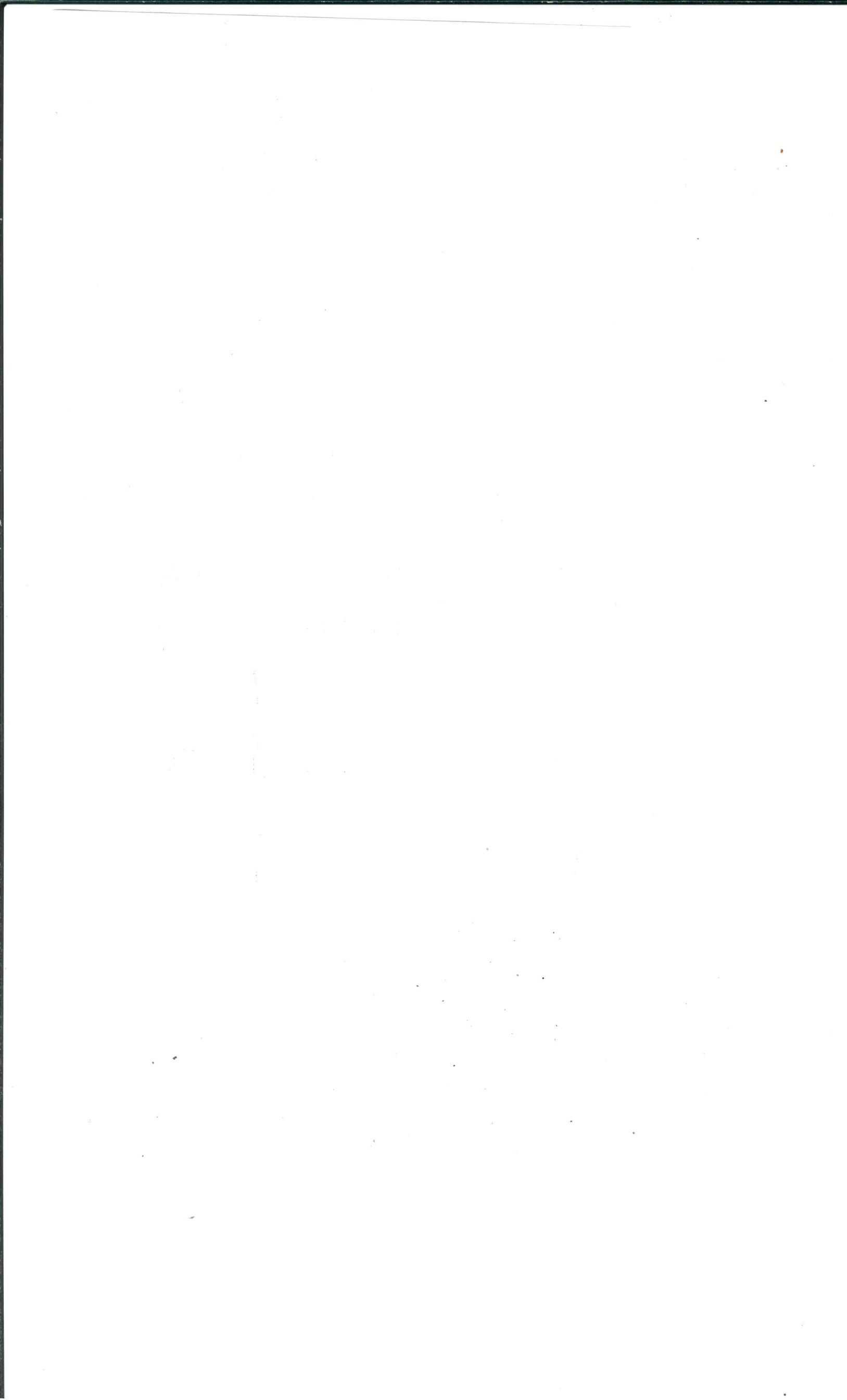
Контактный телефон



ГАУЗ «РККВД» г.Казань ул.Короленко, 54

Результаты флюорографического обследования





Потребитель (заказчик) уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, представляющего платную медицинскую услугу), в т.ч. 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.

12 ЯНВ 2024

Договор №72-24
на оказание платных медицинских услуг

V _____
(подпись) _____
(расшифровка)

г. Казань 09.01.2024

Государственное Автономное Учреждение Здравоохранения «Республиканский клинический кофко-венерологический диспансер» (420012, г.Казань, ул.Толстого, д.4), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Искандера Кагаповича Минуллина_, действующего на основании Устава, лицензии на осуществление медицинской деятельности №Л041-01181-16/00576773 от 05.августа.2020, выданной Министерством здравоохранения РТ (420111, РТ, г.Казань, ул.Островского,д.11, тел.88432317979), Свидетельства о государственной регистрации юридического лица от «30» марта 2011 г. №1021602836430, выданного межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №18 по РТ (перечень работ (услуг) прилагается) делегировавшего право подписи при заключении договора, врачу, оказывающему медицинские услуги с одной стороны и Потребителем Гадзама Эзекиэль Джон, дата рождения 23.06.2003, адрес места жительства 420500, Верхнеуслонский, г.Иннополис, ул.Университетская, д.1, корп.4, кв.407 именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель»(заказчик), с другой стороны, далее по тексту договора, именуемые совместно «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю (заказчику) на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией Исполнителя, в соответствии с прейскурантом платных медицинских услуг (далее – Прейскурант), а Потребитель (заказчик) обязуется своевременно оплатить оказанные медицинские услуги в порядке и размере, установленными настоящим договором.

1.2. Потребитель (заказчик) подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель уведомил его в доступной форме о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимления платы в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.3. При заключении договора Потребитель (заказчик) добровольно согласился на оказание ему указанных в п. 2.1.1. Договора медицинских услуг на платной основе.

а) порядок оказания Потребителю (заказчику) предоставлены в доступной форме информации о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

б) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) информации о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах

г) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

1.4. Срок оказания медицинских услуг с 09.01.2024 по «31» декабря 2024 г.

В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.5. До заключения договора Потребитель (заказчик) уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего

ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Потребителю (заказчику) платные медицинские услуги: согласно Перечня оказываемых Потребителю (Заказчику) платных медицинских услуг.

2.1.2. Выдать заключение с указанием результатов проведенных исследований и лечебных мероприятий.

2.1.3. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим договором.

2.1.4. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

2.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.

2.1.6. Вести учет видов, объемов, стоимости, оказанных Потребителю (заказчику) медицинских услуг, а также денежных средств, полученных от Потребителя (заказчика).

2.1.7. Немедленно извещать Потребителя (заказчика) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах,

которые могут привести к сокращению объема оказания необходимой медицинской помощи на настоящем договоре, или о возникших обстоятельствах,

которые могут привести к сокращению объема оказания необходимой медицинской помощи на настоящем договоре, или о возникших обстоятельствах,

2.1.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных

договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (заказчика). Без согласия Потребителя (заказчика) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные

медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.9. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения

угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в

соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.1.10. Обеспечить Потребителя (заказчика) в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания медицинских услуг, режиме работы, перечне

платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

2.1.11. Обеспечить Потребителю (заказчику) непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требование Потребителю (заказчику) или его представителю копии медицинских документов, отражающих здоровье Потребителя (заказчика).

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. При выявлении у Потребителя (заказчика) противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

2.2.2. Требовать от Потребителя (заказчика) соблюдения:

- графика прохождения процедур;

- режима приема лекарственных препаратов;

- назначений, рекомендаций специалистов;

- лечебно-охранительного режима;

- правил внутреннего распорядка лечебного учреждения;

- правил техники безопасности и пожарной безопасности.

2.2.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем (заказчиком) правил внутреннего распорядка

назначений специалистов и нарушении режима работы учреждения.

2.2.4. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без

указания данных Потребителя (заказчика), достаточных для его идентификации.

2.3. Потребитель (заказчик) обязуется:

2.3.1. Оплатить оказанные медицинские услуги согласно Прейскуранту, в размере и сроки, установленные в настоящем договоре,

2.3.2. предоставить врачу до начала оказания медицинских услуг данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других лечебных

учреждениях (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях

и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

2.3.4. Выполнить все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка

учреждения, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.3.5. Согласовывать со специалистами, оказывающими платные медицинские услуги употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и пр.

2.4. Потребитель (заказчик) имеет право:

2.4.1. Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов,

устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

2.4.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.
2.4.5. Получать у Исполнителя для ознакомления любые данные, касающиеся протекания лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы, консилиумов и т.д.

2.4.6. Граждане РФ предупреждены о возможности бесплатной вакцинации против COVID-19 в рамках Программы государственных гарантий в пунктах вакцинации,

уполномоченным приказом МЗ РТ. V

3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю (заказчику) согласно п.2.1.1 настоящего договора, определяется в соответствии с действующим в учреждении

Прайскуранту платных медицинских услуг и составляет Шесть тысяч пятьдесят рублей 00 копеек

Стоимость медицинских услуг по настоящему договору остается неизменной в течение срока действия настоящего договора.

В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг согласно п. 2.1.8. настоящего договора их стоимость определяется по Прайскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

3.2. Расчеты между сторонами осуществляются:

Наличными, через кассу Исполнителя, расположенную по месту оказания услуги, в день оказания платных медицинских услуг в соответствии с Перечнем оказываемых Потребителю

(заказчику) платных медицинских услуг.

Перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем Договоре, в срок.

3.3 Оплата медицинских услуг осуществляется Заказчиком (Потребителем) услуги.

3.4. При прекращении оказания медицинских услуг по инициативе Потребителя (заказчика), Потребитель (заказчик) обязуется оплатить Исполнителю фактически понесенные расходы.

4. Ответственность сторон

4.1. Потребитель (заказчик) имеет право требовать в установленном порядке от Исполнителя возмещения ущерба, нанесенного Потребителю (заказчику) по вине Исполнителя. Во

всех остальных случаях, не предусмотренных настоящим договором, ответственность Сторон наступает в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. При неисполнении Потребителем (заказчиком) своих обязательств по настоящему договору Исполнитель несет ответственности за качество предоставленных услуг.

5. Конфиденциальность

5.1 Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

6. Срок действия договора и условия прекращения договора.

6.1. Настоящий договор считается заключенным с момента подписания Сторонами и действует до исполнения Сторонами своих обязательств;

6.2. Договор может быть прекращен до истечения срока выполнения Сторонами своих обязательств:

6.2.1. по письменному соглашению Сторон при этом Потребитель (заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы;

6.2.2. в одностороннем порядке по инициативе Потребителя (заказчика) путем подачи заявления на имя руководителя учреждения, при этом Потребитель (заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы;

6.2.3. в случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя (заказчика) о

расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с

исполнением обязательств по договору.

7. Прочие условия

7.1. Стороны обязуются решать все возникшие по настоящему договору споры и разногласия путем переговоров. Сторона считающая, что ее права нарушены, вправе направить другой стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в срок не позже 10 дней с момента получения претензии. В случае неполучения ответа Сторона, пославшая претензию, может обратиться в суд за защитой своих прав.

7.2. Настоящий договор составлен в двух (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон. (нужное подчеркнуть)

8. Адреса, реквизиты и подписи Сторон

Потребитель(заказчик)

Исполнитель

Наименование учреждения здравоохранения

ФИО Гадзама Эзекиэль Джон

Адрес места нахождения:

Дата рождения: 23.06.2003

420012 г.Казань, ул. Толстого, д.4
тел. 88432384632, факс 88432389774

Паспорт: серия и номер B50297055

ИНН 1655032566, КПП 165501001

Выдан: 16.08.2022, ФЕСТАК, ЛАГОС

ОГРН 1021602836430

Адрес регистрации: 420500, Верхнеуслонский, г.Иннополис,

р/с 40601810800020000003

ул.Университетская, д.1, корп.4, кв.407

к/с 30101810000000000805

Тел.:

Руководитель: И.К.Минулин

Подпись: _____

Подпись: V _____

ПЕРЕЧЕНЬ
оказываемых Потребителю (заказчику) платных медицинских услуг:

№	Наименование услуги	Цена услуги	Кол-во	Общая стоимость
1	Профилактический прием врача-физиатра	420,00	1	420,00
2	Выдача сертификата на ВИЧ	150,00	1	150,00
3	Профилактический прием врача психиатра-нарколога	420,00	1	420,00
4	Профилактический прием врача-дерматовенеролога	420,00	1	420,00
5	Химико-токсикологическое исследование	1 710,00	1	1 710,00

6	Исследование крови на сифилис (МРП+ИФА+РПГА) (с забором крови)	1 350,00	1	1 350,00
7	Рентгенография	350,00	1	350,00
8	Исследование крови на ВИЧ	500,00	1	500,00
9	Профилактический прием врач-инфекциониста	420,00	1	420,00
10	Взятие крови из периферической вены	160,00	1	160,00
11	Медицинское заключение	150,00	1	150,00
				6050,00

№ истории болезни, амбулаторной карты а15919-22

Информированное добровольное согласие
гражданина или его законного представителя
на медицинское вмешательство

09.01.2024

Я, Гадзама Эзекиэль Джон в доступной для меня форме получил(а) информацию о порядке проведения моего обследования, получены разъяснения по плану обследования (разъяснены возможные варианты обследования, связанные с ними риски и их последствия).

С планом обследования согласен (согласна) _____ (подпись пациента) _____ (Ф.И.О., подпись врача)

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся Гадзама Эзекиэль Джон, проживающий по адресу 420500, Верхнеуслонский, г.Иннополис, ул.Университетская, д.4, корп.4, кв.407, паспорт: B50297055, выдан 16.08.2022 ФЕСТАК, ЛАГОС. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку с использованием средств автоматизации или без использования таких средств Государственное автономное учреждение здравоохранения «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер» (ГАЗ РККВД), адрес: г.Казань, ул.Толстого, д.4 (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, обработку специальных категорий персональных данных. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с Министерством здравоохранения, органом статистической отчетности с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных Федеральными законами. Настоящее согласие дано мной 09.01.2024г. и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан: а) прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи; б) по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Субъект персональных данных: Гадзама Эзекиэль Джон _____ (подпись пациента)

АКТ сдачи-приемки работ к договору №72-24 от 09.01.2024

ГАЗУ "РККВД", именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Минуллина И.К, действующего на основании Устава делегировавшего право подписи при заключении договора врача, оказывающему медицинскую услугу, с одной стороны, и гражданин Гадзама Эзекиэль Джон именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, составили настоящий акт о нижеследующем:

Согласно договора №72-24 от 09.01.2024. Заказчику были оказаны следующие услуги в соответствии с перечнем оказываемых Потребителю (Заказчику) платных медицинских услуг.

Настоящим Заказчик подтверждает, что услуги оказаны Исполнителем качественно в соответствии с условиями договора.

Стоимость оказанных Исполнителем услуг составляет: 6050,00 рублей.

Исполнитель

Заказчик

Специалист, принимающий непосредственное участие в обследовании и лечении

/Гадзама Эзекиэль Джон/

09.01.2024
МП



Информационное согласие об объеме и условиях оказываемых медицинских услуг

Я, Гадзама Эзекиэль Джон в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № 72-24 от 09.01.2024г., желаю получить платные медицинские услуги в Государственное Автономное Учреждение Здравоохранения «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер»

при этом мне разъяснено и мной осознано следующее:

1. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько услуг.
2. Я согласен (а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории Российской Федерации Государственное Автономное Учреждение Здравоохранения «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер» не несет ответственности за их возникновение.

3. Мной добровольно, без какого-либо принуждения выбраны следующие виды медицинских услуг, которые я хочу получить в Государственное Автономное Учреждение Здравоохранения «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер»

и согласен (а) их оплатить:

4. Я ознакомлен (а) с действующим Прейскурантом и согласен (а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

5. Виды выбранных мной платных услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу (наличными) в сумме 6050,00 (Шесть тысяч пятьдесят рублей 00

копеек) Государственное Автономное Учреждение Здравоохранения «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер».

6. Настоящее информированное согласие мной прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю свое согласие на их

применение.

«Потребитель (заказчик):

ФИО Гадзама Эзекиэль Джон

Паспорт: серия и номер 850297055

Выдан: 16.08.2022, ФЕСТАК, ЛАГОС

Адрес регистрации: 420500, Верхнеуслонский,
г.Иннополис, ул.Университетская, д.1, корп.4
кв.407
Тел.:

Подпись: V _____