

ДОГОВОР НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

г. Ульяновск « » _____ г.

_____, г.р., паспорт серии _____ № _____ выдан _____ г. к.-п. _____, зарегистрирован по адресу: _____, адрес проживания: _____, телефон: _____, именуемый в дальнейшем «Потребитель», с одной стороны, и государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска», в лице главного врача Гафуровой Гульнар Мансуровны, действующей на основании устава; лицензия № ЛО41-01188-73/00316869 от 20.10.2017 на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; стоматологии ортопедической; физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; ортодонтии; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической, выданной Федеральной службой в сфере здравоохранения (Росздравнадзор), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с другой стороны, вместе также именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Общие положения

1.1. Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

«платные медицинские услуги» – медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан; «потребитель» – физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; «исполнитель» – медицинская организация независимо от организационно-правовой формы, оказывающ~~ая~~ платные медицинские услуги в соответствии с договором.

1.2. Понятие «потребитель» применяется также в значении, установленном Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей»; понятие «медицинская организация» употребляется в значении, определенном Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; платные медицинские услуги предоставляются на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

1.3. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам предоставления, определяются по соглашению Сторон Договора, если федеральными законами или иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.

1.4. До заключения Договора Потребителю предоставлена в доступной форме информация: 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; перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях; сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг; сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги; сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации; график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг; образцы договоров;

Подпись Потребителя _____

1.5. Факт согласия на заключение Договора на предоставление платных медицинских услуг фиксируется в информированном добровольном согласии на платные медицинские услуги, в котором в том числе, доводится информация о методах и способах оказания медицинской помощи, противопоказаниях и возможных осложнениях и является неотъемлемой частью Договора (приложение 1).

2. Предмет договора

2.1. Оказание платной медицинской услуги надлежащего качества в соответствии с объемом, определенном в п.10 договора осуществляется _____ (подпись врача).

2.2. Медицинские услуги оплачиваются Потребителем в соответствии с действующим прейскурантом цен, утвержденным Исполнителем.

2.3. После исполнения Договора Исполнитель по обращению Потребителя предоставляет медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие. Медицинские документы предоставляются в соответствии с порядками, утвержденными приказами Минздрава России от 14.09.2020 №972н и от 31.07.2020 №789н.

2.4. После исполнения Договора Исполнитель по личному заявлению Потребителя предоставляет Потребителю документы, подтверждающие фактические расходы Потребителя на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения: копию Договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);справку об оплате медицинских услуг по установленной форме; рецептурный бланк с проставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика», заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации; документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов (кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета, в случаях, если в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники у медицинской организации отсутствует обязанность по применению контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов).

3. Порядок оказания услуг

3.1. В согласованное с Потребителем время Исполнитель организует осуществление осмотра Потребителя квалифицированным врачом-специалистом, который устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения и подробно информирует об этом Потребителя. По результатам осмотра врач составляет план лечения, определяя необходимый набор услуг из числа описанных в прейскуранте Исполнителя, и отражает его в п.10 и в медицинской карте пациента с указанием сроков оказания услуг.

3.2. Необходимым условием исполнения Договора является согласие Потребителя ~~со~~ стоимостью лечения, сроками и порядком лечения, оформленное подписью Потребителя в п. 10 и информированном добровольном согласии. Стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что Потребитель достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предлагаемых результатах лечения, о возможности негативных последствий предлагаемых способов диагностики и лечения, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения, несоблюдения указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения. Подпись потребителя _____

3.3. Платные медицинские услуги оказываются работниками Исполнителя амбулаторно в стоматологическом отделении № _____ по адресу: _____.

3.4. Платные медицинские услуги соответствуют номенклатуре медицинских услуг и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя.

3.5. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить план лечения с оказанием дополнительных услуг, то они оказываются только после получения письменного согласия Потребителя в форме дополнительного соглашения к Договору с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости. Отказ Потребителя от получения дополнительных услуг, связанных с медицинскими показаниями, также оформляется в письменном виде. Исполнитель разъясняет Потребителю последствия такого отказа. В том случае, если Исполнитель придет к выводу, что без дополнительных услуг оказание услуг по настоящему Договору невозможно либо приведет к значительным негативным последствиям для Потребителя, стороны обсудят возможность расторжения настоящего Договора с компенсацией Исполнителю фактически понесенных затрат.

3.6. Исполнитель не оказывает услуги, если у Потребителя имеются острые воспалительные или инфекционные заболевания, если Потребитель находится в состоянии наркотического или алкогольного опьянения, а также по любым другим медицинским показаниям, в случае их препятствия надлежащему оказанию услуг.

3.7. Время явки Потребителя на прием оговаривается и согласовывается с Потребителем каждый раз. Согласование даты и времени явки Потребителя на прием может осуществляться в устной или письменной форме.

3.8. До подписания настоящего Договора Потребитель ознакомлен со сведениями о местонахождении, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и уровне профессионального образования специалистов Исполнителя.

3.9. В случае если требуется 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».

3.10. При применении медицинских изделий Потребитель информируется о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению. Также Потребителю предоставляются сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм медицинское изделие.

3.11. Сроки оказания медицинских услуг в зависимости от медицинских показаний: терапевтическое лечение « » _____ 202__ , с по ;хирургическое лечение « » _____ 202__ , ортопедическое лечение – « » _____ 202__ , ортодонтическое лечение « » _____ 202__ , с по .

3.12. Гарантийный срок _____ (при неудовлетворительной гигиене полости рта сроки уменьшаются на 70 %)

3.13. Срок службы _____

4. Права и обязанности сторон

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Оказывать медицинские услуги, предусмотренные п. 10 договора, с применением собственных необходимых лекарственных средств, материалов, инструментов, оборудования.

4.1.2. Знакомить Потребителя с порядком оказания медицинских услуг, стандартами и клиническими рекомендациями.

4.1.3. Оказывать услуги надлежащего качества и устранять бесплатно недостатки некачественно оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены в течении гарантийного срока.

4.1.4. В процессе лечения информировать Потребителя о предстоящих основных или дополнительных лечебно-профилактических и прочих процедурах и их стоимости, необходимых медикаментозных препаратах, расходных материалах и их стоимости.

4.1.5. Ставить в известность Потребителя о возникших обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг, и возможных осложнениях при лечении, заранее ставить в известность Потребителя о предполагаемой сумме дополнительных расходов на лечение.

4.1.6. Вести медицинскую документацию и выдавать Потребителю медицинские документы установленного образца.

4.1.7. Вести учет вида, объема и качества оказанного лечения, а также средств, полученных от Потребителя.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. Самостоятельно определять характер и объем медицинских услуг, необходимых для лечения Потребителя.

4.2.2. Отказать в приеме Потребителя в случаях: состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения; если действия Потребителя угрожают жизни и здоровью персонала.

4.2.3. Требовать от Потребителя представления сведений и документов, необходимых для оказания услуг по настоящему Договору.

4.2.4. Требовать оплаты оказанных услуг в соответствии с разделом 5 настоящего Договора.

4.3. Потребитель обязан:

4.3.1. Строго соблюдать рекомендации и предписания врача.

4.3.2. Являться на прием к врачу в назначенный срок.

4.3.3. Предоставить Исполнителю точную и подробную информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарств, препаратов и процедур, о проводимом ранее лечении, в т. ч. сообщать об аллергии, гепатите, ВИЧ-инфекции, СПИДе, бронхиальной астме, заболеваниях сердечно-сосудистой системы, венерических заболеваниях, туберкулезе, о переливаниях крови, инъекциях (за последние два года), о контакте с инфекционными больными.

4.3.4. Выполнять указания медицинского персонала во время оказания услуги.

4.3.5. При появлении жалоб, связанных с лечением, незамедлительно обратиться к Исполнителю. Информировать Исполнителя об изменениях в состоянии здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после лечения.

4.3.6. Предупреждать врача не менее чем за 2 часа по телефону учреждения, в которой он проходит лечение, о невозможности явки на прием.

4.3.7. Оплатить оказанные медицинские услуги в соответствии с разделом 5 настоящего Договора.

4.4. Потребитель имеет право:

4.4.1. Получать полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, относящуюся к компетенции специалистов Исполнителя.

4.4.2. Получать исчерпывающую информацию об объеме, стоимости и результатах обследования и предоставленных медицинских услуг.

4.4.3. Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия.

4.4.4. Выбирать время приема у врача из имеющегося свободного времени.

4.4.5. Знакомиться с документами, подтверждающими наличие специальных разрешений, сертификата и лицензии у Исполнителя, а также соответствующий уровень квалификации сотрудников Исполнителя.

4.4.6. На сохранение в тайне информации о своем здоровье.

4.4.7. При обнаружении недостатков оказанной услуги по своему выбору потребовать: безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги; соответствующего уменьшения цены оказанной услуги; повторного оказания услуги.

4.4.8. Потребовать полного возмещения убытков, причиненных в связи с недостатками оказанной услуги. Убытки возмещаются в сроки, установленные для удовлетворения соответствующих требований потребителя.

4.4.9. При нарушении Исполнителем сроков оказания услуг по своему выбору: назначить новый срок оказания услуги; потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги; потребовать исполнения услуги другим специалистом: расторгнуть настоящий Договор.

4.4.10. Требовать полного возмещения убытков, причиненных в связи с нарушением сроков оказания услуги. Убытки возмещаются в сроки, установленные для удовлетворения соответствующих требований Потребителя.

Требования потребителя не подлежат удовлетворению, если Исполнитель докажет, что недостатки оказанной услуги или нарушение сроков оказания услуги произошло вследствие непреодолимой силы или по вине потребителя.

5. Платежи и расчеты по договору

- 5.1. Стоимость медицинских услуг определяется согласно действующему прейскуранту Исполнителя и составляет ____ рублей.
Услуги Исполнителя оплачиваются непосредственно после предоставления данных услуг.
5.2. Оказанные в соответствии с п. 3.4 настоящего Договора дополнительные услуги оплачиваются Потребителем по расценкам действующего прейскуранта после заключения дополнительного соглашения, являющего неотъемлемой частью настоящего Договора.
5.3. Потребитель оплачивает стоимость полученных услуг после каждого визита. Оплата производится наличными денежными средствами в кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет. В подтверждение внесения денежных средств в кассу Исполнителя Потребителю выдается кассовый чек.
5.4. Потребитель может осуществить предоплату медицинских услуг. Размер предоплаты по соглашению сторон составляет 50 процентов от стоимости услуг.

6. Конфиденциальность

- 6.1. Медицинская организация обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.
6.2. С согласия Потребителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя.
6.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя допускается в целях обследования и лечения Потребителя, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

7. Ответственность сторон

- 7.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.
7.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
7.3. Исполнитель освобождается от ответственности перед Потребителем в случае:
7.3.1. Возникновения осложнений по вине Потребителя: невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и другие.
7.3.2. Возникновения аллергии или непереносимости препаратов и материалов, разрешенных к применению, о возможности которых не был предупрежден Потребителем.
7.3.3. Возникновения осложнений при лечении в другой клинике.
7.4. Исполнитель имеет право отказаться от дальнейшего оказания медицинских услуг в случае неоплаты Потребителем ранее оказанных медицинских услуг.
7.5. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по Договору, если это произошло вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств, а также по иным законным основаниям. Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.
7.6. Сторона, для которой стало невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 2 рабочих дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

8. Урегулирование споров

- 8.1. Если одна из Сторон считает, что выполнила обязательства по Договору, а другая не выполнила, возникает конфликт, разрешаемый в соответствии с настоящим разделом.
8.2. Ситуация, при которой Потребитель считает, что результат услуги не достигнут или его здоровью в результате оказания услуги причинен вред, а Исполнитель не согласен с мнением Потребителя, является конфликтом.
8.3. Потребитель вправе подать обращение (жалобу) в органы государственной власти и руководству медицинской организации почтовым отправлением по адресу: 432017, г. Ульяновск, ул. Гончарова, д.8/1, посредством электронной почты yomat@mgz73.ru или на сайтах органа государственной власти.
8.4. При предъявлении Потребителем требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».
8.5. Конфликты, которые Стороны не смогли разрешить совместно, разрешаются путем применения альтернативной процедуры урегулирования споров с участием посредника – Центра медиации (досудебного урегулирования спора) при Некоммерческом партнерстве содействия развитию здравоохранения «медицинская палата Ульяновской области» (далее – центр Медиации) в порядке, установленном Федеральным законом РФ от 27 июля 2010 года № 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» и Правилами проведения медиативных процедур в указанном центре медиации (тел. (8422)410692).
8.6. Если при проведении процедуры медиации стороны не пришли к единому решению или решение не устроило хотя бы одну из Сторон, разрешение конфликта осуществляется в судах общей юрисдикции в соответствии с действующим законодательством.
9. Заключительные положения
9.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по Договору.
9.2. Прекращение и расторжение Договора возможно по основаниям, предусмотренным законодательством РФ.
9.3. Любая из Сторон вправе в любое время отказаться от исполнения настоящего Договора, оплатив при этом другой стороне фактически понесенные расходы или убытки.
9.4. При подписании настоящего Договора Потребитель соглашается с тем, что ему предоставлена полная информация об Исполнителе, о порядке, сроках и стоимости оказания медицинских услуг. Потребитель до подписания настоящего Договора ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, с настоящим Договором и другими нормами, регламентирующими порядок оказания услуг.
9.5. Настоящий Договор составлен в 2 экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
9.6. Подписывая данный договор, Потребитель соглашается с ведением видеосъемки на территории поликлиники в целях безопасности, о чем предупрежден заранее перед входом в поликлинику.
9.7. Стороны согласились, что при заключении договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи с помощью средств механического или иного копирования либо аналога собственноручной подписи.
10. Объем оказываемых платных медицинских услуг:

Потребитель с объемами оказываемых платных медицинских услуг и расценками на них согласен _____ (подпись потребителя).

11. Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель:	Потребитель:
государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска»	_____
432017, Ульяновская область, г. Ульяновск, ул. Гончарова, д.8/1	(Ф. И. О.)
Тел./факс: 8-8422-41-17-51	Адрес: _____
ИНН 7325124033/ КПП 732501001	Паспортные данные: _____
Лицевой счет в Министерстве финансов по Ульяновской области 20261136B04, 22261136B04	_____
казначейский счет 03224643730000006801,	Телефон: _____
банковский счет 401028106453700000061.	Адрес электронной почты: _____
Наименование банка: ОТДЕЛЕНИЕ УЛЬЯНОВСК БАНКА РОССИИ //УФК по Ульяновской области г. Ульяновск,	_____
БИК 017308101 ОГРН 1137325006060	_____

Подписи Сторон

Исполнитель:	Потребитель:
_____	_____
(подпись)	(подпись)
(Ф. И. О.)	(Ф. И. О.)

Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг

Я, ____ Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя ____ дата рождения гражданина или законного представителя ____, зарегистрированный по адресу: ____ адрес регистрации гражданина либо законного представителя ____, проживающий по адресу: ____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации) ____ в отношении Я, ____ Фамилия Имя Отчество (при наличии) пациента (при подписании согласия законным представителем – Фамилия Имя Отчество (при наличии) законного представителя, действующий в интересах Фамилия Имя Отчество (при наличии) пациента) ____ дата рождения пациента, ____, зарегистрированный по адресу: ____ адрес ____ даю согласие на получение платных медицинских услуг в ____ полное наименование медицинской организации ____.

Я ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. №736 и действующим прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги в ____ полное наименование медицинской организации ____.

Я уведомлен 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 оказания медицинской помощи.

Я проинформирован о:

- перечне платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях;
- сроках ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;
- сроках ожидания предоставления платных медицинских услуг;
- стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;
- уровне профессионального образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- образцами договоров;
- перечне льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг;
- адресах и телефонах учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Я получил информацию об альтернативных методах лечения (указать), а также об их примерной стоимости.

Я понимаю, что обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинских организациях.

Я согласен, что несоблюдение указаний (рекомендаций), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

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.

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 (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон

Фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон

Пациент (его законный представитель)	_____ Подпись	_____ Фамилия Имя Отчество
Медицинский специалист	_____ Подпись	_____ Фамилия Имя Отчество

«__» _____ г.

* Информированное добровольное согласие является приложением (неотъемлемой частью) к договору на оказание платных медицинских услуг.