**Уведомление**

 В соответствии с п. 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, настоящим подтверждаю, что до заключения договора о предоставлении мне платных медицинских услуг, уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), 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 моем состоянии здоровья.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №**\_

 г. Свободный «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

 **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Амурской области «Свободненская городская поликлиника» (ГБУЗ АО «Свободненская ГП»),** именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Юдиной Ирины Владимировны, действующего на основании Устава, лицензии № Л041-01123-28/00332042 от 11.06.2019 года, с одной стороны и Неизвестный, назвавший себя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(заполняется со слов Потребителя), именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

**1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА**

1.1. Сведения об Исполнителе.

1.1.1. Наименование организации: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Амурской области «Свободненская городская поликлиника».

1.1.2. Адрес местонахождения: 676450, Амурская область, г. Свободный,, ул. Карла Маркса, д. 17.

1.1.3. Адрес(а) мест(а) оказания медицинских услуг (нужное подчеркнуть):

- 676450, Амурская область, г. Свободный, ул. Карла Маркса, д. 17

- 676450, Амурская область, г. Свободный, ул. Орджоникидзе, д. 78

- 676450, Амурская область, г. Свободный, ул. Мухина, д. 49

- 676450, Амурская область, г. Свободный, ул. Ленина, д. 69

1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: ОГРН 1112807000206, дата регистрации – 30.12.2011 г., данные о регистрирующем органе – Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 5 по Амурской области, ИНН 2807033833.

1.1.5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации, наименование, адрес местонахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: лицензия от 11.06.2019 г. № Л041-01123-28/00332042 выдана министерством здравоохранения Амурской области, находящимся по адресу: 675000, Амурская область, г. Благовещенск, ул. Воронкова, д. 26/2 Телефон: 8(41642) 53-96-67. Срок действия лицензии – бессрочно.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской
организации в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей лицензии
Исполнителя, копия которой является частью настоящего договора (приложением к
настоящему договору) и находится в доступной форме на информационных стендах
(стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя.

1.2. Сведения о Потребителе.

1.2.1. Неизвестный, назвавший себя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.2.2. Адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1.2.3. Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

2.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги на условиях, определенных настоящим Договором, а Потребитель обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

2.1.1. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Код услуги** | **Наименование****медицинской услуги** | **Стоимость****медицинской услуги, руб.** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
|  | Всего к оплате: |  |

2.2. Потребитель подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.3. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

3.1.2. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

3.1.3. Уведомить Потребителя о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.1.4. После исполнения Договора выдать Потребителю 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 течение 5 рабочих дней.

3.1.5. Безотлагательно и бесплатно предоставлять медицинскую помощь в экстренной форме, необходимую для устранения угрозы жизни Потребителя, при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний.

3.2. Потребитель обязуется:

3.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

3.2.2. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.2.3. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Получать от Потребителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

3.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

3.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

3.5. Потребитель и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

**4. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ**
**ОПЛАТЫ**

4.1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) руб.

4.2. Оплата Потребителем стоимости услуг осуществляется путем перечисления суммы денежных средств, указанных в пункте 4.1 настоящего Договора, на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем договоре, или путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

4.3. Потребитель ознакомлен с прейскурантом цен до подписания настоящего договора.

**5. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

5.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя (законного представителя потребителя) и согласия Потребителя приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Потребителя.

5.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами, другими документами в соответствии с действующим законодательством России.

5.3. Срок ожидания медицинских услуг по настоящему договору составляют:

- прием, консультация врачей специалистов - не более 24 часов

- проведение диагностических исследования, ультразвуковые исследования – не более 14 дней с момента из назначения;

-проведение лабораторных исследований – не более 7 дней с момента их назначения.

5.4. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию,
информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской
помощью.

5.5. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.6. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

5.7. Исполнителем после исполнения договора выдаются Потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

5.8. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя).

5.9. Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.

**6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА**

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

6.2. Вред, причиненный жизни и (или) здоровью Потребителя при оказании медицинских услуг, возмещается Исполнителем в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

6.3. Спор, возникший между Потребителем и Исполнителем по поводу оказания медицинских услуг по настоящему Договору, может быть разрешен путем переговоров в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

6.8. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязательств, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

6.9. В случае, если споры и разногласия не будут решены путем переговоров, они подлежат разрешению в судебном порядке соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

7.1. Настоящий Договор может быть изменен и дополнен по соглашению Сторон.

7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.

7.4. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

**8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

8.1. Стороны обязуются все возникающие разногласия решать путем переговоров.

8.2. При неурегулировании Сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке.

8.3. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

**9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ**

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до полного исполнения сторонами принятых обязательств.

9.2. Договор составлен в 2-х экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

**10. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Потребитель:** | **Исполнитель:** |
| Неизвестный назвавший себя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес места жительства (указывается по желанию Потребителя с его слов): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Контактный телефон (указывается по желанию Потребителя с его слов): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Амурской области «Свободненская городская поликлиника» (ГБУЗ АО «Свободненская ГП»Юридический адрес: 676450, Амурская область, г. Свободный, ул. Карла Маркса, д. 17ОГРН: 1112807000206ИНН 2807033833, КПП 280701001Минфин АО (ГБУЗ АО «Свободненская ГП», л/с: 20918000441)Р/с :03224643100000002300К/с: 40102810245370000015Отделение Благовещенск Банка России//УФК по Амурской области, г. БлаговещенскБИК: 011012100 |
| Неизвестный, назвавший себя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Главный врач ГБУЗ АО «Свободненская ГП»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_И. В. ЮдинаМ.П. |
|  |  |

Приложение № 1
к договору на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Сведения о Лицензии Исполнителя**

Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации, наименование, адрес местонахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: Л041-01123-28/00332042 от 11.06.2019 года, выдана министерством здравоохранения Амурской области, 67500, Амурская область, г. Благовещенск, ул. Воронкова, 26/2, тел: 8(4162) 59-96-67. Срок действия лицензии – бессрочно.

**Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской
организации в соответствии с лицензией**

1. При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по акушерскому делу, анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, вакцинации (проведению профилактических прививок), лабораторной диагностике, лечебному делу, лечебной физкультуре, медицинской статистике, медицинскому массажу, операционному делу, организации сестринского дела и эпидемиологии, паразитологии, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии профилактической, стоматологии ортопедической, физиотерапии, функциональной диагностике.

2. При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по вакцинации (проведению профилактических прививок), общей врачебной практике (семейной медицине), педиатрии, терапии

3. При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по общей врачебной практике (семейной медицине), терапии.

4. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), анестезиологии и реаниматологии,- бактериологии, гастроэнтерологии, гематологии, гериатрии, дерматовенерологии, детской хирургии, детской эндокринологии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, колопроктологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине,

-неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью и эпидемиологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии.

5. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), анестезиологии и реаниматологии, инфекционным болезням, кардиологии, неврологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, урологии, хирургии, эндокринологии

6. При оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по онкологии, сестринскому делу, терапии

7. При проведении медицинских экспертиз по экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности.

8. При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по медицинским осмотрам(предварительным, периодическим), по медицинским осмотрам (предсменным, послесменным, предрейсовым, послерейсовым), медицинским осмотрам профилактическим .

9. При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по по медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители, по медицинскому освидетельствованию на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации, по медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, по медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, по медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)

Приложение № 2
к договору на оказание платных медицинских услуг № \_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Виды предоставляемых платных медицинских услуг, их стоимость**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Код медицинской услуги** | **Наименование медицинской услуги** | **Единица измерения** | **Стоимость услуги (руб.)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Приложение № 3
к договору на оказание платных медицинских услуг № \_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг, обработку персональных данных, медицинское вмешательство**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(заполняется со слов Потребителя), зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(заполняется при желании Потребителя) в рамках договора об оказании платных медицинских услуг в ГБУЗ АО «Свободненская ГП» (далее по тексту – Учреждение) даю свое согласие на:

1. На оказание платных медицинских услуг

1.1. Я получил(а) от сотрудников Учреждения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

1.2. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен (на) оплатить стоимость медицинских услуг, указанных в настоящем Договоре.

2. На обработку персональных данных

2.1. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку Учреждением моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

2.2. Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях выполнения обязательств по договору оказания платных медицинских услуг.

2.3. Настоящее согласие предоставляется на осуществление особых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных целей.

2.4. Я подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

3. На медицинское вмешательство

3.1. Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения необходимых манипуляций (процедур), выполняемых в рамках заключенного настоящего договора.

3.2. Мне полностью понятно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиться осложнения, что может потребовать дополнительного медицинского вмешательства.

3.3. Я уполномочиваю медицинских работников Учреждения выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

3.4. Я обязуюсь поставить в известность врача до момента оказания мне платных медицинских услуг обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях, травмах, операциях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов, сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

3.5. Я согласен(а), что при несоблюдении назначений и рекомендаций, лечащий врач не несет ответственности за результаты моего лечения.

3.6. Я удостоверяю, что текст моего добровольного информированного согласия на оказание платных медицинских услуг, на обработку персональных данных, на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов платных медицинских услуг и даю согласие на их применение.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Потребитель ) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Приложение № 4
к договору на оказание платных медицинских услуг № \_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Смета на оказание платных медицинских услуг**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Код медицинской услуги** | **Наименование медицинской услуги** | **Единица измерения** | **Стоимость услуги (руб.)** | **Кол-во услуг** | **Общая стоимость медицинских услуг** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Стоимость платных медицинских услуг итого: |  |

\*заполняется и выдается по требованию Потребителя