Приложение № 1
к Положению об организации предоставления
платных услуг бюджетным учреждением
здравоохранения Удмуртской Республики
«Республиканский врачебно-физкультурный
диспансер Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики»

Информированное добровольное согласие пациента (потребителя) на получение платных медицинских услуг

Я _____
(ФИО гражданина)
«__»_____ ____г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
_____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в БУЗ УР «РВФД МЗ УР» (Исполнитель) в рамках договора от «____»_____ 20__г. №_____ (далее - Договор).

Исполнитель в наглядной и доступной для меня форме довел до меня следующие документы:

Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. № 1006);

действующие Тарифы на услуги, оказываемые БУЗ УР «РВФД МЗ УР».

Исполнитель в доступной для меня форме довел до меня информацию 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

Сравнив возможность получения медицинских услуг на безвозмездной и платной основе, я добровольно и сознательно выбираю платные услуги.

До заключения договора об оказании платных услуг Исполнитель уведомил меня о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

Настоящее согласие мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией по порядку представления платных услуг и является приложением к договору об оказании платных услуг.

_____ / _____
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

«___»_____20__г.
(дата оформления)