

Индивидуальный предприниматель

Зайцев Владимир Михайлович

115054, г. Москва, 5-й Монетчиковский переулок, дом 14

ОГРНИП 314774624400440, ИНН 773600905040, ОКПО 0193809877

**Договор на оказание медицинских услуг №**

**г. Москва «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_г.**

**Индивидуальный предприниматель Зайцев Владимир Михайлович (ИП Зайцев Владимир Михайлович**), именуемый в дальнейшем **«Исполнитель»**, действующего на основании Свидетельства серия 77 № 017405498 от 01 сентября 2014 (ОГРНИП 314774624400440), с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем **«Пациент»,** с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**Основные понятия в договоре**

**«Платные медицинские услуги» -** медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - Договор);

**«Пациент»** - физическое лицо, являющееся Потребителем и имеющее намерение получить, либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. На Пациента, получающего платные медицинские услуги, распространяется действие федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации;

**«Исполнитель»** - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Пациентам (Потребителям).

**Сведения об Исполнителе**

Свидетельство серия 77 № 017405498 о регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя Зайцев Владимир Михайлович № 314774624400440 от 01 сентября 2014 года, выданное Межрайонной инспекцией ФНС № 46 по г. Москве.

**Адрес места жительства**: Россия, 109428, Москва г., Луховицкая ул., дом № 2/57, квартира 17.

**Адрес осуществления медицинской деятельности**: 115054, г. Москва, 5-й Монетчиковский переулок, д. 14.

Исполнитель действует на основании лицензий, выданной Первым заместителем руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Т.Р. Мухтасаровой 09 июля 2015 года бессрочно:

• № ЛО-77-01-010554 от 09 июля 2015 года на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

• При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации).

 Юридический адрес Департамента здравоохранения г. Москвы: 127006, Москва, Оружейный переулок, д.43. тел. (499) 777-77-77.

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.**

**1.1.** В соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, в соответствии с федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», федеральным законом от 07 февраля 1992 года № 2300/1-1 «О защите прав потребителей», во исполнение постановления Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 года № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (далее – **Правила**), Пациент поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию платных медицинских услуг, включающих в себя:

1.1.1. Установление предварительного диагноза, выбор методов лечения и составление плана лечения с указанием предварительной стоимости.

1.1.2. Проведение лечения в соответствии с установленным диагнозом и согласованным с Пациентом планом лечения.

1.2. Сроки оказания услуг определяются стандартами оказания медицинской помощи.

1.3. Услуга оказывается Пациенту/несовершеннолетнему Пациенту (нужное подчеркнуть):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.4. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Пациента получить медицинские услуги при наличии медицинских показаний и технической возможности для оказания медицинских услуг и оплатить их согласно действующему прейскуранту.

**2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг.**

2.1. Пациент подтверждает, что на момент подписания настоящего договора, являясь гражданином Российской Федерации, информирован(а) и знает, что имеет право на получение аналогичной бесплатной медицинской помощи в соответствии с частью 1 статьи 41 Конституции Российской Федерации, постановлениями Правительства Российской Федерации об утверждении Программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также в соответствии с Территориальными программами государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на действующий период по месту жительства, но желает получить медицинские услуги за счет личных средств согласно настоящему Договору на оказание платных медицинских услуг у Исполнителя.

2.2. Подписанием настоящего договора Пациент подтверждает, что до заключения договора Исполнитель уведомил Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного плана лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента, а также подтверждает предоставление своего Информированного добровольного согласия на оказание платной медицинской услуги.

2.3. Лечащий врач, в соответствии с медицинскими показаниями и возможностями, после предварительного собеседования и осмотра Пациента, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информирует об этом Пациента и получает его Информированное добровольное согласие, составляет и согласовывает со Сторонами договора предварительный План лечения, после чего осуществляет лечение в соответствии с предварительным Планом лечения.

2.4. Срок оказания медицинских услуг зависит от состояния здоровья Пациента, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания платных медицинских услуг, от графика визитов Исполнителя к Пациенту, согласованного сторонами как в устной, так и в письменной форме.

2.5. Предварительный план лечения и изменения к нему составляются в письменной форме и доводятся до сведения Пациента под роспись. В случае необходимости Стороны договариваются об изменении сроков предоставления платных медицинских услуг, о чем вносятся изменения в План лечения.

2.6. Подписывая Договор, Пациент подтверждают, что предварительно ознакомились с перечнем и стоимостью оказываемых медицинских услуг, а также правилами, порядками, условиями, формами оказания медицинских услуг и их оплаты.

**3. Права и обязанности сторон.**

**3.1 Исполнитель обязан**:

3.1.1. Оказывать платные медицинские услуги Пациенту в соответствии с медицинскими показаниями.

3.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых платных медицинских услуг порядкам оказания медицинской помощи пациентам, стандартам, клиническим рекомендациям и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.3. Ознакомить Пациента с подробной информацией в доступной форме

- о предоставляемых платных медицинских услугах, плане лечения и стоимостью услуг, условиях предоставления медицинских услуг и предоставляемых гарантиях, о методах рекомендуемого лечения, о технологических особенностях выполняемых манипуляций, процедур и об иных возможных особенностях при оказании услуг;

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделий, в том числе сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

При изменении Плана лечения и стоимости услуг проинформировать Пациента и предоставить дополнительные медицинские услуги с его согласия. Несогласие Пациента с оказанием медицинских услуг влияет на результат и гарантии лечения.

3.1.4. Соблюдать сроки оказания медицинских услуг.

3.1.5. Обеспечить безопасность предоставляемых платных медицинских услуг.

3.1.6. Информировать Пациента об изменении прейскуранта цен на медицинские услуги за 30 дней до введения его в действие.

3.1.7. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах касающуюся Пациента.

3.1.8. Предоставлять по требованию Пациента информацию, включающую сведения об имеющейся у Исполнителя лицензии, о квалификации сотрудников, о режиме работы Исполнителя, перечне оказываемых платных медицинских услуг.

3.1.9. Обеспечить Пациенту возможность ознакомления с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, выдавая в установленном порядке по его письменному требованию или письменному требованию его законного представителя копию выписки из имеющейся медицинской документации, копии медицинских документов, заверенные печатью медицинской организации.

3.1.10. Выставлять счета за фактически оказанные платные медицинские услуги.

3.1.11. По факту оказанных услуг подписывать Акт выполненных работ (оказанных услуг).

**3.2 Пациент обязан:**

3.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: выполнять устные рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья, в том числе об аллергических реакциях организма, соблюдать график визитов Исполнителя на дому.

В случае несообщения Пациентом Исполнителю вышеуказанной информации, ее недостоверности или неполного представления, Исполнитель ответственности не несет, а Пациент несет ответственность за возможные последствия, связанные с сокрытием вышеуказанной информации.

3.2.2. Подписывать Информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг или отказ от их проведения, предварительный План лечения (изменения к нему) с указанием сроков и стоимости медицинских услуг, Акты выполненных работ (оказанных услуг) и иные приложения к настоящему договору.

3.2.3. Во время действия настоящего Договора уведомлять лечащего врача о приеме препаратов, назначенных специалистами других медицинских учреждений, о получении иных медицинских услуг в других лечебных учреждениях.

3.2.4. В случае изменения состояния здоровья, связанного, по мнению Пациента, с проведенными Исполнителем медицинскими услугами, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя, и, в случае необходимости, прибыть на консультацию и лечение к Исполнителю.

3.2.5. Неукоснительно соблюдать установленные Исполнителем правила поведения, Правила внутреннего распорядка и рекомендации.

3.2.6. Своевременно оплачивать фактическую стоимость оказанных медицинских услуг по оформленным счетам.

3.2.7. Подписывать Акты выполненных работ (оказанных услуг), предоставленных Исполнителем.

**3.3 Исполнитель имеет право**:

3.3.1. Изменять по медицинским показаниям предварительный План лечения, вид, объем, сроки и стоимость платных медицинских услуг, предварительно уведомив Пациента.

3.3.2. Направлять Пациента с его согласия в другие медицинские организации или привлекать для консультаций и лечения специалистов из иных медицинских учреждений для проведения дополнительных медицинских услуг, которые осуществляются за отдельную плату.

3.3.3. Отказаться от исполнения настоящего Договора и потребовать полного возмещения убытков в случае неисполнения Пациентом раздела 3.2. настоящего Договора.

3.3.4. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день оказания медицинских услуг, Исполнитель вправе увеличить сроки оказания платных медицинских услуг.

3.3.5. Отсрочить или отменить оказание услуги (в том числе в день назначения) и изменить сроки оказания услуг в случае обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний, в том числе по общему состоянию здоровья.

**3.4 Пациент имеет право**:

3.4.1. Получать информацию в доступной форме о состоянии своего здоровья, о результатах оказания медицинских услуг, о действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.

3.4.2. Знакомиться с оригиналом медицинской документации, получать копии медицинской документации, результатов обследований в соответствии с требованиями действующего законодательства.

3.4.3. На сохранение врачебной тайны и охрану персональных данных.

3.4.4. Расторгнуть Договор и отказаться от услуг Исполнителя посредством предоставления письменного отказа от лечения при условии полной оплаты выполненных по Договору платных медицинских услуг и всех понесенных Исполнителем затрат по договору.

**3.5. Заказчик обязан:**

3.5.1. Подписать настоящий Договор об оказании платных медицинских услуг в пользу Пациента, являющегося потребителем данных медицинских услуг, предварительный План лечения с указанием стоимости медицинских услуг, акты приемки-сдачи оказанных платных медицинских услуг и иные приложения к Договору, связанные с оплатой медицинских услуг.

3.5.2. Подписывать согласие на обработку персональных данных, необходимых только для исполнения настоящего Договора.

3.5.3. Оплатить все оказанные Пациенту услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

**4. Стоимость услуг и порядок расчетов**

4.1. Услуги Исполнителя оплачиваются Пациентом в порядке и размере, предусмотренным условиями Договора, дополнительным соглашением к нему, а при отсутствии таковых – по ценам, установленным Прейскурантом, действующим на момент оказания услуг, путем внесения денежных средств на расчетный счет или в кассу Исполнителя в срок, не позднее дня оказания соответствующих услуг.

4.2. Пациент вправе в любое время внести на расчетный счет или в кассу Исполнителя предоплату (аванс) за подлежащие оказанию услуг в будущем (согласно Плану лечения). Списание предоплаты (аванса) осуществляется по мере оказания услуг Пациенту по ценам, установленным прейскурантом Исполнителя, действующим на момент оказания соответствующих услуг.

4.3. В случае внесения предоплаты Стороны договорились, что вся полученная предоплата является предоплатой за медицинские услуги, которые Исполнитель оказывает собственными силами в соответствии со своей лицензией, если только иное не будет предусмотрено дополнительной договоренностью Сторон.

4.4. Прейскурант доводится до сведения Пациента путем размещения на информационном стенде по месту нахождения Исполнителя, размещения на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» или иным способом.

4.5. Исполнитель вправе в любое время в одностороннем порядке вносить изменения в Прейскурант.

4.6. В случаях, предусмотренных Прейскурантом или отдельной договоренностью Сторон, в стоимость услуг может включаться стоимость лекарственных препаратов, медицинских изделий, расходных материалов. При этом если Пациент самостоятельно приобретает такие лекарственные препараты, медицинские изделия, расходные материалы, то их стоимость Исполнителем не компенсируется и не является основанием для уменьшения стоимости услуги.

4.7. Моментом оплаты услуг является день фактического поступления денежных средств на расчетный счет (при безналичной оплате) или в кассу Исполнителя, если иной момент не предусмотрен в Договоре или действующим законодательством.

4.8. В случае невозможности исполнения Договора со стороны Исполнителя, возникшей по вине Пациента, услуги подлежат оплате в полном объеме (ст. 781 ГК РФ).

4.9. В случае необходимости возврата денежных средств (по любым основаниям), такой возврат осуществляется в адрес Пациента.

**5. Ответственность сторон**

5.1. За нарушение прав потребителя медицинской услуги, за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и настоящим договором.

5.2. Сторона, считающая, что ее права по настоящему договору нарушены, вправе направлять другой стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в срок до 10 дней с момента получения претензии. В случае неполучения ответа, сторона, пославшая претензию, может обратиться в суд за защитой своих законных прав и интересов в установленном законодательством порядке.

5.3. Нарушение Пациентом правил поведения в клинике Исполнителя, невыполнение рекомендаций и назначений врача, а также нарушения Пациентом обязательств, предусмотренных разделом 3.2. настоящего Договора, являются основанием для расторжения договора по инициативе Исполнителя и прекращения гарантийных обязательств по всем ранее оказанным Исполнителем платным медицинским услугам, если данные действия Пациента стали причиной наступления факторов, препятствующих оказанию безопасной и качественной медицинской помощи и снизили качество ранее оказанных услуг.

5.4. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

5.5. Претензионный порядок рассмотрения споров обязателен. Все претензии Стороны оформляют в письменном виде.

5.6. В случае недостижения согласия Сторон мирным путем, далее споры разрешаются в судебном порядке в соответствии с требованиями действующим законодательством Российской Федерации.

6**. Прочие условия**

6.1. Перечень, сроки, объем и стоимость медицинских услуг согласовываются сторонами письменно в приложениях к настоящему Договору.

6.2. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

7.3. Подписывая данный Договор, Пациент подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, ознакомлены и согласны с Правилами поведения пациентов в ИП Зайцев Владимир Михайлович, с Правилами оказания медицинских услуг, их перечнем, сроками их оказания и стоимостью.

**7. Срок действия, изменение и расторжение Договора**

7.1. Срок Договора устанавливается с момента его подписания и действует до момента исполнения Сторонами своих обязательств по договору и подписания Сторонами Акта выполненных работ (оказанных услуг).

7.2. Изменения условий настоящего Договора возможны только путем составления письменного дополнительного соглашения и его подписания всеми сторонами Договора.

7.3. Расторжение договора возможно по факту выполнения Сторонами всех обязательств по Договору, по инициативе Пациента, по обоюдному согласию Сторон путем направления письменного предложения о расторжении Договора, в соответствии с пунктом 3.3.4, 3.4.3., 5.3 настоящего Договора, либо в спорных случаях – через суд согласно действующему законодательству Российской Федерации.

7.4. Настоящий договор составлен в 2 экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: 1 экз.- Пациенту, 2 экз.- Исполнителю.

**8. Приложения к договору:**

Приложение № 1 – Предварительный план лечения.

Приложение № 2 - Информированное согласие об объемах и условиях оказываемых платных медицинских услуг.

**Исполнитель: Пациент:**

**ИП Зайцев Владимир Михайлович \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Адрес места осуществления медицинской деятельности: 115054, паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г.Москва, 5-й Монетчиковский переулок, дом 14 Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН 773600905040, ОКПО 0193809877 Дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

р/с: 40802810638000003198 в ПАО Сбербанк Место регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

к/с: 30101810400000000225 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БИК 044525225

ОГРНИП 314774624400440 Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: +7(495)642-45-25; +7(926)384-40-04

ИП Зайцев В.М.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ В.М. Зайцев Заказчик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись)*

 М.П.

Приложение № 1

к договору на оказание платных медицинских

услуг от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_

****

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество Пациента)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Код услуги** | **Наименование медицинской услуги** | **Количество услуг, визитов** | **Стоимость 1 услуги , руб.**  |
|  |  |  |  |

 После консультации и беседы с лечащим врачом, мне понятен Предварительный план лечения, объем выполняемых услуг, их стоимость. Мне известно, и я предупрежден(а), что данный План лечения является предварительным и подлежит корректировке.

Я получил(ла) ответы на интересующие меня вопросы.

 На лечение согласно Предварительному плану лечения согласен(на).

С условиями оплаты согласен(на).

Подпись лечащего врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия, имя, отчество)

С предварительным Планом лечения, стоимостью медицинских услуг и сроками их выполнения ознакомлен(на) и согласен на их выполнение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (подпись Пациента с расшифровкой)

Приложение № 2

к договору на оказание платных медицинских

услуг от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_

****

**ИНФОРМАЦИОННОЕ СОГЛАСИЕ**

**об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг**

г. Москва «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202**\_\_**.

На основании статьи 84 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я, \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, желаю получить платные медицинские услуги у ИП Зайцев Владимир Михайлович.

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых диагностических мероприятиях и лечении моего заболевания.

Мне разъяснено, что я могу получить бесплатно, в рамках системы обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, лечение, соответствующее моему заболеванию.

Решение об отказе от получения лечения моего заболевания в рамках обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи мной  принято добровольно.

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Информацию до Пациента довел: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность, Ф. И. О.) подпись с расшифровкой

Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Фамилия, имя, отчество подпись