

УВЕДОМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА

До заключения договора Исполнитель в письменной форме уведомил Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, не выполнения рекомендаций по подготовке к медицинскому вмешательству и действиях во время проведения и после окончания медицинского вмешательства, непредставление полных и достоверных сведений, связанных со здоровьем Пациента, имеющихся и перенесенных заболеваниях, травмах, отравлениях, аллергических состояниях, наследственности, употребления алкоголя, табака, наркотических и психотропных препаратов, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или, отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

С данным уведомлением ознакомлен Пациент « ____ » _____ 20 ____ г.

Договор № на предоставление платных медицинских услуг при выполнении оперативного вмешательства

г. Комсомольск-на-Амуре

« ____ » _____ 201 ____ г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Родильный дом №3" министерства здравоохранения Хабаровского края, действующее на основании свидетельства о внесении записи в ЕГРЮЛ № 1022700515650, выданного ИФНС по г. Комсомольску-на-Амуре, Хабаровского края 22.10.2012 г., государственный регистрационный номер записи 2122703089529, имеющая государственную лицензию на медицинскую деятельность № ЛО-27-01-001707 от 18.02.2015г. (срок действия – бессрочно), именуемая в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача Даниленко Лидии Георгиевны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданка _____, паспорт серии _____ номер _____ выдан _____, проживающая по адресу: _____, именуемая в дальнейшем Пациент, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту следующие медицинские услуги, связанные с оперативным вмешательством в организм Пациента:

Наименование услуги	Стоимость услуги (руб.)	Срок оказания услуги

по перечню и в сроки, установленные в соответствии с приложением № 1 к настоящему договору (являющимся неотъемлемой частью настоящего договора), а также в соответствии лицензией № ЛО-27-01-001707 от «18» февраля 2015г, а Пациент обязуется оплатить медицинские услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим договором.

1.2. При оказании медицинских услуг Исполнителем будут применяться следующие стандарты медицинской помощи и порядки оказания медицинской помощи «по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» от 01.11.2012г. № 572н; «по профилю анестезиология и реаниматология» от 15.11.2012г. № 919н.

1.3. Оказание медицинских услуг будет осуществляться специалистами, указанными в приложении №1 к настоящему договору. Информация о профессиональном образовании и квалификации данных специалистов доведена до сведения Пациента.

1.4. Подписывая настоящий договор Пациент подтверждает, что ему в доступной форме была разъяснена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

2.1. Пациент оплачивает медицинские услуги в кассу Исполнителя по тарифам, действующим у Исполнителя на дату заключения договора. В случае, если срок оказания услуг переносится по сравнению со сроками, указанными в договоре, услуги оплачиваются по ценам, действующим на момент оказания медицинских услуг.

2.2. Оплата медицинских (ой) услуг (и) производится наличными денежными средствами в кассу Исполнителя на условиях предоплаты в размере 100% стоимости услуг. Срок оплаты: в любые сроки до непосредственного оказания медицинской услуги.

2.3. Датой оплаты считается дата поступления денежных средств в кассу Исполнителя.

2.4. Кассовый чек, выданный Исполнителем Пациенту является неотъемлемой частью настоящего договора. Сумма кассового чека (кассовых чеков) составляет сумму настоящего договора.

3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с утвержденным графиком работы и условиями, соответствующими установленным требованиям.

3.2. Медицинские услуги оказываются в сроки: с «___» _____ до «___» _____.

4. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

4.1. Права и обязанности Исполнителя:

Исполнитель обязан

4.1.1. Обеспечить оказание качественной и безопасной медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.1.2. Обеспечить соблюдение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.

4.1.3. Выдать Пациенту направление для прохождения услуг(и) с указанием сроков оказания услуг, места их оказания (кабинет по месту нахождения Исполнителя) и необходимыми рекомендациями по подготовке Пациента.

4.1.4. Выдать Пациенту документ строгой отчетности (кассовый чек), подтверждающий прием денежных средств от Пациента.

4.1.5. Предоставить квалифицированную, качественную медицинскую услугу Пациенту, в соответствие с утвержденными требованиями медицинского технологического стандарта.

4.1.6. Выдать по окончании оказания медицинской услуги Пациенту документы, содержащие информацию о результатах оказанных услуг.

4.1.7. В случае возникновения неотложных состояний у Пациента, Исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

4.1.8. Предоставить Пациенту бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах.

4.1.9. Предупредить Пациента в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.

4.1.10. 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".

4.1.11. Предоставить Пациенту в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

4.1.12. Права Исполнителя:

При оказании платных медицинских услуг Исполнитель пользуется правами в соответствии с действующим законодательством.

4.2. Права и обязанности Пациента:

Пациент обязан:

4.2.1. Предварительно в соответствии с настоящим договором оплатить стоимость медицинских услуг в кассу Исполнителя. В случае отсутствия оплаты после назначения услуг в регистратуре Исполнителя, Исполнитель вправе снять время оказания услуг в одностороннем порядке до момента повторного обращения Пациента и согласования новых сроков оказания услуг.

4.2.2. Выполнить требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи (подготовка в соответствии с требованиями и рекомендациями лечащего врача Исполнителя). В случае выявления Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию услуг или ее отсутствия Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке. В ходе оказания услуг выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);

4.2.3. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания услуг. В противном случае весь риск связанных с этим последствий несет Пациент.

4.2.4. Письменно подтвердить, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги и условиями ее предоставления, то есть подтвердить свое «Добровольное информированное согласие» на оказание услуги. Добровольное информированное согласие Пациента является неотъемлемой частью настоящего договора. В случае отказа Пациента от подтверждения добровольного информированного согласия на оказание услуги Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке.

4.2.5. Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения пациента в медицинской организации в соответствии с лечебно-охранительным режимом.

Пациент имеет право:

4.2.6. На качественную и безопасную медицинскую помощь, а также соблюдение иных прав, предусмотренных действующим законодательством.

4.2.7. Пациент имеет право отказаться от оказания услуг до момента начала их оказания и потребовать возврата уплаченных денежных средств с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

5.1. За нарушение прав Пациента Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством, в том числе законодательством о защите прав потребителей.

5.2. В случае оказания Пациенту медицинской услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами врачебной экспертизы, Пациент имеет право:

- по личному заявлению оформить возврат денежных средств в кассе Исполнителя;
- безвозмездно (за счет Исполнителя) устранить недостатки оказанной услуги (повторно осуществить повторное оказание услуги);
- привлечь Исполнителя к иным мерам ответственности в соответствии с действующим законодательством.

5.3. Пациент несет имущественную ответственность за причинение ущерба МО в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий пациента. В этом случае пациент также обязан возместить МО возникшие вследствие этого убытки.

5.4. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Пациент обязан возместить причиненные убытки.

5.5. За нарушение рекомендаций Исполнителя, отразившихся на ходе оказания услуги, либо делающее невозможным оказание услуги в установленные сторонами сроки, Пациент обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. При необходимости изменения в договор вносятся по соглашению сторон и оформляются отдельным соглашением.

6.2. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается.

6.3. Исполнитель информирует Пациента (Заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом Пациент (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ПО СОГЛАШЕНИЮ СТОРОН

7.1. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что ему было разъяснено право на получение медицинских услуг Исполнителя, входящих в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Хабаровском крае в текущем году, на безвозмездной основе. Также был разъяснен порядок оказания таких услуг, условия получения услуг Пациентом. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает свое согласие на отказ от получения медицинской услуги (если она включена в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Хабаровском крае в текущем году на безвозмездной основе).

Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что перед оказанием услуг ему была предоставлена исчерпывающая информация о его заболевании (диагнозе), современных методах лечения, даны ответы на все интересующие вопросы.

7.2. Пациент дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

7.3. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами.

7.4. Споры и разногласия решаются в претензионном порядке, а в случае невозможности разрешения в - судебном порядке в суде общей юрисдикции в соответствии с действующим законодательством.

7.5. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: по одному для каждой из сторон.

Исполнитель:

Краевое государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Родильный дом №3" МЗ ХК
ОГРН 1022700515650
ИНН 2727025940
Юридический и почтовый адрес:
681021, г. Комсомольск-на-Амуре
пр. Октябрьский, д. 37.
тел. (4217) 54-52-62, факс (4217) 54-33-17
сайт: rd3.medkhv.ru

Пациент

_____ (Ф.И.О.)
Паспортные данные; _____
Адрес: _____
Телефон _____
Подпись _____

Главный врач

_____ Л.Г.Даниленко
М.П.

СМЕТА
На оказание платных медицинских услуг

№	Наименование медицинской услуги	Стоимость	Срок оказания	Специалист, кабинет	Примечание
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Перечень лекарственных препаратов и медицинских изделий, используемых для оказания медицинских услуг

№	Наименование лекарственного препарата или медицинского изделия	Стоимость
1		
2		
3		
4		
5		

Сведения о специалистах, оказывающих платные медицинские услуги

Наименование медицинской услуги	ФИО, должность специалиста, оказывающего услугу	Сведения о квалификации и образовании специалиста

Исполнитель:

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Родильный дом №3" МЗ ХК
ОГРН 1022700515650
ИНН 2727025940
Юридический и почтовый адрес:
681021, г. Комсомольск-на-Амуре
пр. Октябрьский, д. 37.
тел. (4217) 54-52-62, факс (4217) 54-33-17
сайт: rd3.medkhv.ru

Пациент

(Ф.И.О)
Паспортные _____ данные:

Адрес: _____

Телефон: _____
Подпись _____

Главный врач

_____ Л.Г.Даниленко
М.П.

ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, Пациент подтверждает свое согласие на обработку персональных данных в КГБУЗ "Родильный дом №3" МЗ ХК, ОГРН 1022700515650, расположенным по адресу: 681021, г. Комсомольск-на-Амуре, пр. Октябрьский, 37 (далее – Оператор) данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о Пациенте, 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. В процессе оказания Оператором медицинской помощи Пациенту предоставляет право медицинским работникам передавать персональные данные содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования и лечения Пациента. Пациент предоставляет Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными Пациента, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС, ДМС, МИС КГБУЗ «МИАЦ» МЗ ХК. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, ДМС (по договору) на обмен (прием и передачу) персональными данными Пациента со страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС, КГБУЗ «МИАЦ» МЗ ХК с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения персональных данных Пациента соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Передача персональных данных Пациента иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия Пациента.

Настоящее согласие действует бессрочно с момента подписания. Пациент оставляет за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен Пациентом в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Пациента, оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

С Приложением №1 данного Договора "Письменное согласие на обработку персональных данных" Пациент ознакомлен, все положения и пункты Пациенту разъяснены и понятны.

ФИО Пациента _____ Подпись _____

Представитель Исполнителя ФИО _____ подпись _____

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Приложение № 3 к Договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от « ____ » _____ 20__ г.

"Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при оказании медицинских услуг"

Я, ФИО _____, дата рождения _____,

Проживающая по адресу: _____, настоящим подтверждаю, что я, как Пациент, при обращении за медицинской услугой получила необходимую бесплатную, доступную и достоверную информацию и разъяснения:

- о местонахождении Краевого Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Родильный дом №3» министерства здравоохранения Хабаровского края (далее Учреждение) (681021 _____ г. Комсомольск-на-Амуре, пр. Октябрьский 37, ОГРН 1022700515650), режиме работы, номере лицензии, сроке ее действия, наименовании органа, выдавшего лицензию, квалификации специалистов и наличии у них соответствующих сертификатов, и условиях предоставления бесплатных и платных услуг, видах медицинских услуг, оказываемых бесплатно (в рамках программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и целевых комплексных программ), видах платных услуг, оказываемых медицинским учреждением за счет личных средств граждан или других источников финансирования, льготах для отдельных категорий граждан (при предъявлении соответствующих документов), адресах и телефонах вышестоящих организаций и органа защиты прав потребителей;

- о праве на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;

- о сохранении в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании и лечении, в соответствии со ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г.

- порядке и условиях предоставления услуг, правилах и условиях эффективного и безопасного получения услуги, возможных последствиях при несоблюдении ответствующих условий и других правах, предусмотренных Основами законодательства об охране здоровья граждан.

- Я информирована о том, что медицинский персонал Учреждения сделает всё от него зависящее для оказания мне (представляемому) квалифицированной качественной и безопасной медицинской помощи.

- Я извещена о том, что все медицинские вмешательства, исследования, процедуры и манипуляции в Учреждении осуществляются в соответствии с утвержденными отраслевыми стандартами; порядками; санитарными нормами и правилами; стандартными операциями и процедурами и иными нормативными документами, предусмотренными законодательством Российской Федерации, и могут быть представлены мне для ознакомления по требованию.

- Я добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача: процедур по забору биологического материала; лабораторных методов обследования; функциональных методов обследования; ультразвуковых исследований; опроса; осмотра; антропометрических исследований; термометрии; тонометрии; лечебных мероприятий в соответствии со специализацией врача; а так же введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно, при оказании в Учреждении поименованных в данном договоре медицинских услуг. При возникновении необходимости проведения других методов обследования и лечения, информация о них будет разъяснена мне (представляемому) дополнительно.

- Я в доступной форме полностью информирована медицинскими работниками Учреждения о целях, характере, методах, возможных вариантах осуществления медицинского вмешательства и связанных с ними рисках, неблагоприятных эффектах, последствиях и предполагаемых результатах; возможности непреднамеренного причинения мне (представляемому) вреда здоровью, а так же о моих (представляемого) действиях при подготовке, во время проведения и после окончания медицинского вмешательства.

- Я уведомлена о своем праве отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9 ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г.

- Я извещена о необходимости поставить в известность медицинского работника Учреждения обо всех имеющихся у меня (представляемого) проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я предупреждена и осознано, что отказ от медицинского вмешательства, несоблюдение рекомендаций медицинских работников, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение, самовольное изменение режима приема препаратов, нарушение рекомендованного лечебно-охранительного режима могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья моего (представляемого);

-Я даю свое добровольное согласие на оказание мне (представляемому) поименованных в настоящем договоре медицинских услуг, в КГБУЗ "Родильный дом №3" МЗ ХК.

- Я ознакомлена и согласна со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие и изъявляю свое желание и волю на осуществление мне (представляемому) в КГБУЗ «Родильный дом №3» министерства здравоохранения Хабаровского края медицинского вмешательства в предложенном объеме.

С приложением № 2 "Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при оказании медицинских услуг " ознакомлена, все положения и пункты мне, как Пациенту разъяснены и понятны.

ФИО Пациента

Подпись _____

Представитель Исполнителя ФИО _____

Подпись _____

Приложение № 4 к Договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ 20 _____ г.

Информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг на платной основе

Я, ФИО _____, дата рождения _____

Проживающая по адресу: _____, настоящим подтверждаю, что я, как Пациент, при обращении за медицинской услугой получила необходимую бесплатную, доступную и достоверную информацию и разъяснения:

- о местонахождении КГБУЗ «Родильный дом №3» министерства здравоохранения Хабаровского края (далее Учреждение) (681021 г. Комсомольск-на-Амуре, пр. Октябрьский 37, ОГРН 1022700515650), режиме работы, номере лицензии, сроке ее действия, наименовании органа, выдавшего лицензию, квалификации специалистов и наличии у них соответствующих сертификатов, цен (тарифов) на платные услуги, возможности предоставления калькуляции по требованию, правилах и условиях предоставления бесплатных и платных услуг; видах медицинских услуг, оказываемых бесплатно (в рамках программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и целевых комплексных программ), видах платных услуг, оказываемых медицинским учреждением за счет личных средств граждан или других источников финансирования, льготах для отдельных категорий граждан (при предъявлении соответствующих документов), адресах и телефонах вышестоящих организаций и органа защиты прав потребителей;

- о праве на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;

- о сохранении в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании и лечении, в соответствии со ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г.

- порядке и условиях предоставления услуг, правилах и условиях эффективного и безопасного получения услуги, возможных последствиях при несоблюдении соответствующих условий и других правах, предусмотренных Основами законодательства об охране здоровья граждан.

- Я подтверждаю, что в соответствии с п. 2.4. Постановления Губернатора Хабаровского края от 27.02.2007 г. № 29 «О мерах по обеспечению гарантий прав граждан Хабаровского края при оказании медицинских услуг в краевых государственных учреждениях здравоохранения» мне разъяснена альтернативная возможность и понятны условия бесплатного получения мною (представляемым) данной услуги в КГБУЗ "Родильный дом №3" МЗ ХК в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Хабаровского края бесплатной медицинской помощи.

-Я даю свое добровольное согласие на оказание мне (представляемому) поименованных в настоящем договоре медицинских услуг на платной основе в КГБУЗ "Родильный дом №3" МЗ ХК.

- Я ознакомлена и согласна со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие и изъявляю свое желание и волю на осуществление мне (представляемому) в КГБУЗ «Родильный дом №3» МЗ ХК медицинского вмешательства в предложенном объеме на платной основе.

С приложением № 3 " Информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг на платной основе " ознакомлена, все положения и пункты мне, как Пациенту разъяснены и понятны.

ФИО Пациента

Подпись _____

Представитель Исполнителя ФИО _____

Подпись _____