**Д О Г О В О Р №**

на оказание платных медицинских услуг

#### г. Энгельс «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Государственное учреждение здравоохранения «Энгельсская городская детская поликлиника № 1» (ГУЗ «ЭГДП № 1»), именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача Троицкой Натальи Александровны, действующего на основании Устава и Лицензии на оказание медицинских услуг от 16.04.2015 года № ЛО-64-01-00 2947, выданной Министерством здравоохранения Саратовской области с одной стороны, и **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (ФИО – Заказчика (Законного представителя несовершеннолетнего))

именуемый в дальнейшем «Заказчик» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(ФИО Потребителя (Пациента))*

, с другой стороны, вместе именуемые Стороны, заключили настоящий договор о следующем:

**1. Предмет договора**

1.1.Исполнитель обязуется по заданию Заказчика оказать на возмездной основе следующие медицинские услуги (перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором): (указывается в соответствии с действующим Прейскурантом ГУЗ «ЭГДП № 1»)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование услуги (заполняется в соответствии с действующим Прейскурантом) | Цена (руб) | Кол-во |
| 1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

Далее по тексту договора – «услуги», а Заказчик обязуется оплатить эти услуги, согласно п. 4.1. и п.4.2. настоящего договора.

ФИО, возраст потребителя (пациента) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Права и обязанности сторон**

***2.1. Исполнитель обязан****:*

* обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении лечебного учреждения (месте его государственной регистрации), 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 лицензии и сертификате лечебного учреждения, квалификации и сертификации специалистов, оказывающих платные медицинские услуги;
* ознакомить с прейскурантом и согласовать его с Заказчиком сроки исполнения;
* оказать Заказчику квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленный договором срок;
* оказывать только те платные медицинские услуги, которые предусмотрены лицензией, сертификатом и Перечнем медицинских услуг;
* в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика;
* без согласия Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе;
* устранять побочные эффекты и осложнения, которые потребовали оказания неотложной медицинской помощи, без дополнительной оплаты.
* 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»:
* предоставить Пациенту (его законному представителю) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

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

б) об использовании при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

***2.2. Исполнитель имеет право:*** в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренных договором.

***2.3. Заказчик (Потребитель (Пациент)) обязан:***

- до назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у Потребителя других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на протекание или лечение указанного заболевания;

- выполнять все требования медицинского персонала исполнителя во время курса лечения;

- соблюдать график приема врачей специалистов;

- при прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия;

- оплатить медицинские услуги в течении 10 календарных дней в размере и порядке, указанном в настоящем договоре.

2.4.Заказчик (Потребитель) обязан довести до сведения Исполнителя следующую точную и достоверную информацию:

* о состоянии здоровья Потребителя (Пациента), информировать врачей до оказании медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, травмах, известных аллергических реакциях, противопоказаниях.

***2.5 Заказчик (Потребитель) имеет право:***

* на предоставление полной и достоверной информации о медицинской услуге;
* на ознакомление с документами, подтверждающими специальную правоспособность лечебного учреждения и его специалистов на оказание платной медицинской услуги;
* на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги;
* отказаться от получения медицинской услуги и получить уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой к оказанию услуги;
* на получение полной информации о методах лечения, связанных с ними риском, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах 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.

2.6. С учетом самой технологии выполнения медицинской услуги Заказчик (Потребитель) должен знать и осознавать вероятность (но не обязательность) побочных эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью Потребителю.

Возможные осложнения и побочные эффекты: аллергические реакции (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок) на введение медицинских препаратов, постинъекционные осложнения (инфильтраты, флебиты и др.).

***2.7. Исполнитель не несет ответственности*** за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, в связи с тем, что побочные эффекты и осложнения, перечисленные в п.2.4. настоящего Договора, возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания платной медицинской услуги не может полностью исключить их вероятность.

2.6. Исполнитель устраняет побочные эффекты и осложнения, которые потребовали оказания неотложной медицинской помощи, без дополнительной платы.

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

**3.Ответственность сторон**

3.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

3.2. Вред, причиненный жизни или здоровью представителям Заказчика в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации

3.2. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги или несоблюдения Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Заказчик вправе по своему выбору потребовать:

* безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;
* исполнения услуги другим специалистом;
* назначения нового срока оказания услуги.

3.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения представителей Заказчика своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

**4. Стоимость, сроки и порядок оплаты**

4.1. Медицинские услуги предоставляются Потребителю Заказчика на условиях полной предварительной оплаты через кассу или безналичный расчет Исполнителя в соответствии с сумой указанной в п.4.2. настоящего договора. При получении денежных средств Исполнитель выписывает Заказчику квитанцию установленного образца.

4.2 Сумма договора составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, НДС не облагается в соответствии с п.2 ст. 149 НК Российской Федерации.

4.3. Цена медицинской услуги определяется исходя из Прейскуранта. Исполнитель оставляет за собой право изменять цену медицинской услуги в случае его изменения во время срока действия договора при утверждении нового Прейскуранта.

4.4. При возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг, не предусмотренных настоящим Договором, между сторонами заключается новый договор или дополнительное соглашение к настоящему договору.

4.5. Исполнитель обязан выдать Заказчику документы установленного образца, подтверждающие факт оплаты медицинских услуг.

4.6. Факт оказания медицинской услуги Пациенту, подтверждается первичной медицинской документации и/или актом выполнения работ (услуг), выписываемым Исполнителем и Заказчиком (Потребителем(Пациентом)). Стороны подписывают акты выполненных работ (услуг) по одному для каждой из Сторон. В случаях неподписания акта и отсутствия претензий со стороны Заказчика (Потребителя(пациентом)) по качеству и объему оказанных услуг в течении 10 календарных дней с момента оказания услуги Пациенту, услуги считаются оказанными надлежащим образом и приняты Заказчиком (Потребителем (Пациентом)) в полном объеме.

4.7. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление ***по требованию Заказчика*** является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора.

4.8. Срок оказания платных медицинских услуг: с момента заключения договора в течение 10 календарных дней.

**5. Конфиденциальность**

5.1. Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора, а также обязуются принимать все необходимые меры, чтобы избежать даже частичного нарушения конфиденциальности.

5.2. Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того, было ли это нарушение совершено преднамеренно или случайно.

5.3. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанное по настоящему договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны. Те же действия, осуществляемые в отношении сведений, составляющих врачебную тайну, возможны исключительно в случаях, регламентированных действующим законодательством.

5.4. Конфиденциальной по настоящему договору признается информация, касающаяся здоровья представителей Заказчика в соответствии с действующим законодательством.

**6. Порядок изменения и расторжения Договора**

6.1. Условия настоящего договора могут быть изменены по письменному соглашению Сторон.

6.2. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, или по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

**7. Срок действия Договора**

7.1. Договор заключается в 2 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика (Потребителя (Пациента). В случае если договор заключается в 2 экземплярах. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств, но не позднее 31 декабря 2018 г.

**8. Прочие условия**

8.1. Споры и разногласия решаются путем переговоров, привлечения независимой экспертизы и в судебном порядке.

8.2. До обращения в суд по поводу качества оказанных услуг Стороны договорились о проведении независимой экспертизы.

До обращения в суд по поводу расторжения или изменения условий настоящего Договора обязательно предъявление претензии, которая рассматривается другой стороной в течение 10 дней.

8.3. Заказчик (Потребитель) уведомлен Исполнителем:

- о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача (в том числе режима лечения) может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя или увеличить срок лечения;

- о возможности получения оказываемой услуги по настоящему договору услуги бесплатно.

8.4. Заказчик (Потребитель) настоящим подтверждает свое согласие: - на получение услуги на платной основе т.к, (не имею полиса ОМС, не имею показаний лечащего врача, получаю услугу в комфортной для меня обстановке, другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 (необходимое подчеркнуть)

- обработку персональных данных в соответствии с ФЗ «О персональных данных» от 27 июля 2006г. № 152-ФЗ.

-медицинское вмешательство, проведение диагностических процедур и лечебных манипуляций, лабораторных исследований, которые, по мнению специалиста Исполнителя, целесообразны и необходимы.

8.5. Заказчик гарантирует, что он является законным представителем Потребителя (пациента), являющего недееспособным/ограничено дееспособным лицом, либо лицом, не достигшим 15-летнего возраста, вся информация о Потребителе (пациенте), о состоянии его здоровья и пр., подлежит передаче Заказчику, а также Потребителю (пациенту) – при достижении им 15-летнего возраста.

**9. Адреса и реквизиты сторон**

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:** ГУЗ «ЭГДП № 1», 413100, Саратовская область, г.Энгельс, ул. Персидского, д.11, ИНН 6449002935, КПП 644901001, Свидетельство о внесении в ЕГРЮЛ № 1026401976688 от 05.09.2002г., наименование налогового инспекции осуществляющего государственную регистрацию: Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 7 по Саратовской области.

Санитарно-эпидемиологическое заключение № 64.ЭЦ.03.000.М.000018.02.15 от 03.02.2015г. удостоверяется: здания, строения, сооружения, помещения, оборудование и иное имущество, используемые для осуществления медицинской деятельности.

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-64-01-002947 от 16.04.2015 года, выдана Министерством здравоохранения Саратовской области, адрес: 410012, г. Саратов, ул. Железнодорожная, д.72, корпус 2, тел (845-2) 50-42-55. Лицензия № ЛО-64-01-002947 от 16.04.2015 года (адрес места осуществления работ (услуг) 413100, Саратовская область, г. Энгельс, ул. Персидского, д.11) включает в себя следующие виды: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, лечебному делу, медицинской статистике, медицинскому массажу, неотложной медицинской помощи, общей практике, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, стоматологии профилактической, физиотерапии, функциональной диагностике, эпидемиологии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), неотложной медицинской помощи, общей врачебной практике (семейной медицине), организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, управлению сестринской деятельностью; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, детской кардиологии, детской урологии-андрологии, детской хирургии, детской эндокринологии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, клинической фармакологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинской статистике, медицинской реабилитации, неврологии, нефрологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, психиатрии, пульмонологии, рентгенологии, рефлексотерапии, стоматологии детской, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике, эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: неврологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

|  |  |
| --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ: государственное учреждение здравоохранения «Энгельсская городская детская поликлиника №1» 413100, Саратовская область, г. Энгельс, ул. Персидского, д. 11.Тел. (8453) 56-96-20, факс 56-84-63Эл.адрес: poldet1@mail.ruИНН/КПП 6449002935/644901001БИК 046375000 ОГРН 1026401976688;ОКПО 26872329; ОКАТО 63450000000;ОКТМО 63650101001;ОКОГУ 2300229; ОКФС 13; ОКОПФ 20903.Наименование банка ОТДЕЛЕНИЕ САРАТОВ Г.САРАТОВр/сч.: 40601810800003000001БИК 046311001Получатель Министерство финансов Саратовской области (ГУЗ «ЭГДП № 1» л/сч.: 039031272) Код дохода 00000000000000000130 Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Н.А.Троицкая | ЗАКАЗЧИК:ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Потребитель (пациент):ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тел. Потребителя (законного представителя потребителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

**АКТ**

**об оказании услуг**

г. Энгельс «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ 20\_\_ г.

Государственное учреждение здравоохранения «Энгельсская городская детская поликлиника № 1», в лице главного врача Троицкой Натальи Александровны., действующего на основании Устава, именуемый в дальнейшей «Исполнитель» и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(заказчик (потребитель (пациент))

 именуемый в дальнейшем «Заказчик», подписали настоящий акт в том, что услуги по договору № \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. на оказание платных медицинских услуг оказаны и удовлетворяют условиям договора.

Стороны друг к другу претензий не имеют.

Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Заказчик (Потребитель (Пациент)) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Информированное добровольное согласие пациента (потребителя) на получение

#  платных медицинских услуг

Я ,**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** именуемый в дальнейшем «Заказчик»,

 *(ФИО заказчика)*

действующий в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемого в дальнейшем «Потребитель»

*(ФИО потребителя)*

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ГУЗ «ЭГДП № 1» (Исполнитель) в рамках письменного договора от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее - Договор).

При этом Исполнитель в доступной для меня форме:

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

- ознакомил с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- уведомил 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;

- уведомил в письменной форме до заключения Договора 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 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. Своей подписью подтверждаю дачу согласия Исполнителю на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в Федеральном законе № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по Договору.

 Заказчик(Потребитель(Пациент) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 *(расшифровка подписи)*