

ИНФОРМАЦИОННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

Потребителя на предоставление медицинских услуг на платной основе

На основании ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 21.11.2011г. № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями Постановления Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»

Я _____ (Ф.И.О.)
желаю получить медицинские услуги в ГБУЗ РБ Поликлиника № 50 г. Уфа по адресу _____

при этом мне разъяснено следующее:

- Я ознакомлен(а) с положениями статей 29–32 Закона № 2300-1 “О защите прав потребителей”, в том числе с правом на отказ от исполнения договора, правом на уменьшение цены при обнаружении недостатков, правом на составление твердой сметы по моему требованию. Понимаю, что могу получить аналогичную медицинскую помощь бесплатно в рамках программы ОМС, о чем проинформирован(а) отдельно».

- Я ознакомился(ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в РБ», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а). Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи. Я ознакомлен с тем, что могу получить аналогичную помощь также в других медицинских организациях на других условиях. Получив от сотрудников поликлиники полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данной поликлинике, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

- Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и одновременно несколько видов услуг.

- Я проинформирован(а), что платные медицинские услуги не гарантируют внеочередного получения услуги.

- Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Настоящее соглашение подписано Потребителем после проведения разъяснительной беседы и является приложением к Договору на предоставление платных медицинских услуг.

« ____ » _____ 20__ г. Подпись «Потребителя» V _____