

УПРАВЛЕНИЕ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГБУ «Поликлиника № 4»

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)
дата рождения: _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, недееспособных граждан либо в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации:

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)
паспорт: _____ выдан: _____,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,
признанного недееспособным:

(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина (полностью), дата рождения)

обратившись в ФГБУ «Поликлиника № 4» (адрес: 121151, г. Москва, Кутузовский проспект, 20)
за медицинской помощью на платной основе, получил(а) от работника ФГБУ «Поликлиника № 4»

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) работника)

все необходимые разъяснения о правилах и порядках оказания платных медицинских услуг.

Я проинформирован(а) о возможности получения аналогичной медицинской помощи (соответствующих видов и объемов медицинской помощи) бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе в других медицинских организациях в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями предоставления платных медицинских услуг, а также с порядком оплаты медицинских услуг в соответствии с договором.

Я не имею и не буду иметь претензий по компенсации затраченных мною финансовых средств на оплату медицинских услуг в ФГБУ «Поликлиника № 4».

Я проинформирован(а) о том, что несоблюдение назначений или рекомендаций исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платные медицинские услуги), в том числе несоблюдение назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок, привести к увеличению продолжительности лечения и невозможности достижения желаемого результата, а также может привести к негативным последствиям и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (на состоянии здоровья лица, интересы которого я представляю).

Я согласен(на) со всеми условиями и порядками предоставления платных медицинских услуг.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами данного информированного добровольного согласия, положения которого мне разъяснены, мною прочитаны и мне абсолютно понятны.

Я изъявляю желание заключить с ФГБУ «Поликлиника № 4» договор на оказание платных медицинских услуг и прошу оказывать мне (лицу(ам), интересы которого(ых) я представляю) медицинскую помощь (медицинские услуги) на платной основе.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина
или его законного представителя)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) работника ФГБУ «Поликлиника № 4»)

« _____ » _____ 20 _____ г.
(дата оформления)