**Договор №** \_\_\_\_\_\_\_\_

**о предоставлении платных медицинских услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Одинцово  | \_\_\_\_\_\_\_\_ года |

Общество с ограниченной ответственностью «КЦВ МИР»(основной государственный регистрационный номер: 1095032004319, место нахождения: Российская Федерация, 143007, Московская область, г. Одинцово, ул. Молодежная, д. 46, офис 325), в лице медицинского регистратора \_\_\_\_\_\_\_\_ , действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_ , именуемый в дальнейшем "Исполнитель" с одной стороны и гражданин(ка): \_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ , выдан, \_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_ г., зарегистрирован: \_\_\_\_\_\_\_\_ , далее именуемый "Потребитель", с другой стороны, а совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. В соответствии с настоящим договором, Потребитель выбирает рекомендованные врачом платные медицинские услуги (далее – Услуги) из прейскуранта цен Исполнителя и оплачивает их, а Исполнитель оказывает Услуги в установленные сроки в соответствии со счетом *(приложение к настоящему договору).*

1.2. Перечень и стоимость Услуг, предоставляемых Потребителю, указаны в прейскуранте цен Исполнителя, действующем на дату составления настоящего договора.

1.3. При исполнении настоящего договора Стороны руководствуются действующим законодательством, регулирующим предоставление Услуг.

**2. Информация о предоставляемых Услугах и сроках выполнения**

2.1. Исполнитель имеет лицензию на право осуществления медицинской деятельности Л041-01162-50/00351586 от 22.12.2020 г., выданной Министерством здравоохранения Московской области (адрес: 143407, Московская обл., г. Красногорск, б-р Строителей, д. 1, тел. +7 (498) 602-03-01). В Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией входят:

2.1.1. оказание первичной, в том числе, доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи: в амбулаторных условиях; в условиях дневного стационара; в стационарных условиях, санаторно-курортное обслуживание.

2.2. Исполнитель приступает к оказанию с момента их оплаты Потребителем. При плановой госпитализации, консультации узких специалистов, выполнении отдельных видов лабораторных и/или инструментальных исследований возможно ожидание в порядке очередности.

2.3. Потребителю по его требованию выдается медицинское заключение (справка) в случаях, предусмотренным действующим законодательством.

2.4. Потребитель в доступной для него форме информирован: 2.4.1. обо всех возможных осложнениях Услуги, которые могут причинить вред здоровью; 2.4.2. о том, что медицинский персонал сделает все от него зависящее для предотвращения осложнений лечения, о невозможности гарантировать ожидаемые результаты лечения;

2.4.3. До заключения настоящего Договора Потребителю дополнительно разъяснено, 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 ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

2.5. Потребитель в полном объеме информирован об альтернативной возможности получения медицинской помощи за счет государственных средств в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи по месту жительства и основного медицинского прикрепления.

2.6. Потребитель отказывается от предоставления медицинской помощи за счет государственных средств на выбранные им из прейскуранта цен Услуги, которые указаны в счете на оплату и подтверждает свое желание на получение их за плату у Исполнителя.

2.7. Необходимым предварительным условием оказания Услуги является добровольное информированное согласие Потребителя на их предоставление. Подписанием настоящего договора Потребитель подтверждает согласие на получение медицинской услуги за установленную плату. Потребитель подтверждает также свое информированное добровольное согласие на оказание медицинской помощи и согласие на обработку персональных данных, в частности, предоставление Исполнителю право совершать действия (операции) с персональными данными, включающими сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, в том числе передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, к которым относится информация, относящаяся к физическому лицу (субъекту персональных данных), в том числе – фамилия, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес места жительства, телефоны, реквизиты полиса и документа, удостоверяющего личность, образование, профессия, состояние здоровья в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, при условии, что их обработка осуществляется лицами, обязанными сохранять врачебную тайну, а также иную необходимую информацию.

**3. Условия и порядок предоставления Услуг**

3.1. Услуги Потребителю оказываются в соответствии с положением о порядке оказания платных услуг и правилами внутреннего распорядка Исполнителя, которые доводятся до сведения Потребителя до заключения настоящего договора путем размещения на информационном стенде Исполнителя.

**4. Права и обязанности Сторон**

4.1. Исполнитель обязан: 4.1.1. гарантировать качественное и своевременное выполнение Услуг согласно выбранного Потребителем перечня в соответствии с установленными профессиональными стандартами, санитарно-гигиеническими нормативами и правилами медицинской деятельности в установленные сроки; 4.1.2. предоставить Потребителю достоверную информацию об Исполнителе, сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности, перечень предоставляемых Услугах и иную информацию в отношении предмета договора до его подписания; 4.1.3. до заключения настоящего договора Потребитель уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с [Федеральным законом](https://internet.garant.ru/document/redirect/12191967/0) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях, подписывая настоящий договоров Потребитель подтверждает факт уведомления; 4.1.4. соблюдать права Потребителя, предусмотренные ст.19 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

4.2. Исполнитель имеет право: 4.2.1. предлагать Потребителю объём лечебно-диагностических услуг в соответствии с медицинскими показаниями; 4.2.2. прервать лечение и/или обследование, немедленно уведомив об этом Потребителя, при наличии медицинских противопоказаний, либо при заведомой невозможности достичь результата лечения; 4.2.3. требовать от Потребителя предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему Услуг; 4.2.4. привлекать для оказания Потребителю Услуг третьих лиц; 4.2.5. в случае невозможности оказания Услуги отказаться от ее исполнения и произвести возврат Потребителю стоимости оплаченной, но не оказанной Услуги; 4.2.6. требовать от Потребителя полной оплаты оказанных Услуг; 4.2.7. осуществлять обработку персональных данных Потребителя.

4.3. Потребитель обязан: 4.3.1. информировать лечащего врача до начала оказания Услуги о состоянии своего здоровья, в том числе о перенесенных заболеваниях и аллергических реакциях; 4.3.2. своевременно оплатить выбранные Услуги; 4.3.3. соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя; 4.3.4. соблюдать рекомендации лечащего врача; 4.3.5. надлежащим образом исполнять условия настоящего договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих его исполнению.

4.4. Потребитель имеет право: 4.4.1. получить от Исполнителя полную, доступную для понимания информацию о получаемой Услуге; 4.4.2. отказаться от получения Услуг на любом этапе и получить обратно уплаченные деньги, с возмещением Исполнителю фактически понесенных затрат; 4.4.3. получить у Исполнителя по дополнительно поданному заявлению после исполнения договора исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

**5. Стоимость Услуг, сроки и порядок их оплаты**

5.1. Стоимость предоставляемых Услуг определяется прейскурантом цен на оказание Услуг у Исполнителя, действующим на момент заключения договора, исходя из количества принимаемых процедур.

5.2. Пациент полностью оплачивает стоимость предоставляемых Исполнителем Услуг наличным платежом в кассу (путем перечисления средств через банк) путем 100% предоплаты, при этом Пациенту выдается документ, подтверждающий данную оплату. В случае если в ходе обследования или лечения потребовалось оказание дополнительных Услуг, стоимость которых не была предусмотрена п.5.1. настоящего договора, до окончания оказания этих услуг производится окончательный расчет в полном объеме путем внесения наличных денежных средств Потребителем в кассу Исполнителя (перечислением через банк).

**6. Ответственность Сторон**

6.1. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора.

6.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения Услуг Потребитель вправе по выбору: 6.2.1. назначить новый срок оказания Услуги; 6.2.2. потребовать исполнения Услуги другими специалистами; 6.2.3. потребовать возмещения убытков.

6.3. Стороны освобождаются от ответственности друг перед другом за полное или частичное неисполнение обязательств, если оно явилось следствием форс-мажорных обстоятельств, обстоятельств непреодолимой силы.

6.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора, причиной которого стало нарушение Потребителем условий настоящего договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

6.5. При мотивированном отказе Потребителя от оплаченной Услуги, Исполнитель возвращает деньги в течение 3-х (трех) рабочих дней.

6.6. Исполнитель не возвращает деньги за оплаченные медицинские услуги, если был вынужден прекратить их оказание по вине Потребителя.

6.7. Исполнитель не возвращает Потребителю: 6.7.1. деньги в счет возмещения прямых затрат на оказание конкретной услуги (затраты на препараты, одноразовое оборудование и т.п.); 6.7.2. деньги, полученные от Потребителя в счет уже оказанных в рамках договора услуг.

6.8. Исполнитель обязуется не разглашать информацию о факте обращения Потребителя за оказанием Услуг, результаты исследований и иные сведения, полученные при его обследовании, за исключением случаев, установленных законодательством Российской Федерации.

6.9. В соответствии со ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 №390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи» Потребитель доверяет Исполнителю и согласен на проведение опроса, осмотра, термометрию, тонометрию, неинвазивные и инвазивные исследования всех органов и систем, функциональные методы обследования, физиолечение, ЛФК, массаж.

6.10. В случае необходимости Потребитель доверяет Исполнителю принять соответствующее решение в соответствии с профессиональным суждением и выполнить любые медицинские действия, которые Исполнитель сочтет необходимым для улучшения состояния Потребителя.

**7. Срок действия договора, порядок его изменения и расторжения**

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента оплаты Потребителем Услуг и действует до момента исполнения Сторонами взятых на себя обязательств. 7.2. Положения настоящего договора могут быть изменены по соглашению Сторон путем оформления в письменной форме дополнений, являющихся неотъемлемой частью договора. 7.3. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации. 7.4. Потребитель вправе в одностороннем порядке расторгнуть настоящий договор при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных Исполнителем затрат на оказываемые Услуги. 7.5. При досрочном расторжении настоящего договора по инициативе Потребителя внесенная им плата за оказываемые Услуги возвращаются в размере, пропорционально объему оказанных Услуг с учетом компенсации Исполнителю фактически понесенных им затрат.

**8. Прочие условия**

8.1. Все споры и разногласия, которые возникают из настоящего договора, разрешаются Сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования споров путем переговоров, спор подлежит разрешению в суде в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. 8.2. Потребителю разъяснено содержание всех положений настоящего договора, и он не имеет невыясненных вопросов по их содержанию и полностью с ними согласен. Содержание указанных в договоре медицинских действий, связанный с ними риск, возможные осложнения и последствия Потребителю хорошо понятны и известны. 8.3. Потребитель ознакомлен и согласен с условиями, сроками, перечнем и прейскурантом Услуг, правилами внутреннего распорядка. 8.4. Стороны пришли к соглашению о том, что при подписании настоящего договора, дополнений и приложений к нему, ведении между сторонами деловой переписки по настоящему договору, может быть использовано факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи. 8.5. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

**9. Юридические адреса и реквизиты Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**Юридический адрес: **143007, Одинцово, Молодежная, д.46, оф.325****ИНН/КПП** 5032206677/503201001**ОКТМО** 46641101001**ОГРН** 1095032004319**ОКАТО** 46241501000**ОКВЭД** 52.32**Р/с** 40702810440290002624**Банк:** Сбербанк России ОАО Одинцовское ОСБ №8158, г. Одинцово **к/с** 30101810400000000225**БИК** 044525225\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Потребитель:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Приложение

к Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_

о предоставлении платных медицинских услуг

от \_\_\_\_\_\_\_\_

**АКТ**

**об оказании медицинских услуг [[1]](#footnote-1)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Перечень платных медицинских услуг, предоставленных в соответствии** **с договором**  | **Стоимость услуги*****(руб.)*** | **Сроки (количество) предоставления платных медицинских услуг*****(дней, часов)***  | **ФИО** **врача** | **Подпись пациента** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Итого: |  |  |  |  |  |

 Счет на платные медицинские услуги оформляется в 3-х (трех) экземплярах: 1-й экз. – для Потребителя,
2-ой экз. – в медицинскую карту амбулаторного больного, 3-й экз. – для бухгалтерии.

Приложение 1 к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_

оказания платных медицинских услуг

**Информированное добровольное согласие на**

**медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ , выдан, \_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_ г., зарегистрирован: \_\_\_\_\_\_\_\_ , проживающий по адресу:

|  |
| --- |
|  |

**(указывается в случае проживания не по месту регистрации)**

\_\_\_\_\_\_\_\_ в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

**(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)**

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_ |

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н 1 (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Обществе с ограниченной ответственностью «КЦВ МИР»

медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

|  |
| --- |
|  |

**(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)**

|  |
| --- |
|  |

**(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон) |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) |

\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)

Приложение 2 к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_

оказания платных медицинских услуг

Информированное согласие потребителя на обработку и передачу

его персональных данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну

Общество с ограниченной ответственностью «КЦВ МИР»

основной государственный регистрационный номер: 1035032004319, ИНН 5032206677,

место нахождения: Российская Федерация, 143007, Московская область, Одинцовский г.о.,

 г. Одинцово, ул. Молодежная, д. 46., офис 325

**Согласие потребителя на обработку и передачу персональных данных,**

**данных и сведений, составляющих врачебную тайну**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ , выдан, \_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_ г., зарегистрирован: \_\_\_\_\_\_\_\_ , проживающий по адресу:

|  |
| --- |
|  |

**(указывается в случае проживания не по месту регистрации)**

\_\_\_\_\_\_\_\_ в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

**(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)**

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| СНИЛС |  |

**(заполняется при наличии у субъекта персональных данных сведений о СНИЛС)**

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ и Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю свое согласие на обработку Общество с ограниченной ответственностью «КЦВ МИР» расположенного(ой) по адресу: [CLINIC\_ADDRESS], (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС (договорам ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

|  |  |
| --- | --- |
| Подпись потребителя/законного представителя потребителя: |  |

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

|  |  |
| --- | --- |
| Работодатель |  |
| Супруг(а) |  |
| Мать |  |
| Отец |  |
| Сын |  |
| Дочь |  |
| Иные лица |  |
|  |  |

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

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись потребителя/законного представителя потребителя: |  |  |

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_ г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Потребитель подписался в моем присутствии:  | / |  |
|  | (подпись врача) | (расшифровка с указанием должности) |

**Заполняется, если Потребитель не может самостоятельно прочесть информированное согласие, но может его подписать.**

Информированное согласие прочитано Потребителю вслух

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О. врача |  |
| должность |  |

Информированное согласие разъяснено и понятно, доведено до Потребителя в доступной для понимания форме.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заполнено в моем присутствии:  | / |  |
|  | (подпись врача) | (расшифровка с указанием должности) |
| удостоверяет присутствующий при беседе (свидетель) врач:  | / |  |
|  | (подпись врача) | (расшифровка с указанием должности) |

**заполняется, если Потребитель по тяжести состояния не может подписаться из-за когнитивного снижения**

|  |
| --- |
|  |
| **(указать в чем состоит тяжесть)** |

не может прочесть и подписать данное согласие

Решение о общем плане обследования и лечения принимается коллегиально (консилиумом) - пункты 9, 10 статьи 20 ФЗ-323 от 21 ноября 2011 г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Врач ООО «КЦВ МИР»:  | / |  |
|  | (подпись врача) | (расшифровка с указанием должности) |
| Врач ООО «КЦВ МИР»:  | / |  |
|  | (подпись врача) | (расшифровка с указанием должности) |
| Зав.Врач отделения ООО «КЦВ МИР»:  | / |  |
|  | (подпись врача) | (расшифровка с указанием должности) |

**Согласие**

Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_

Подтверждаю, что согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_

1. Счет на платные медицинские услуги оформляется в 3-х (трех) экземплярах: 1-й экз. – для Потребителя,
2-ой экз. – в медицинскую карту амбулаторного больного, 3-й экз. – для бухгалтерии. [↑](#footnote-ref-1)