

**Информированное добровольное согласие Потребителя (пациента)
на предоставление платных медицинских услуг**

Я, (ФИО) _____, дата рождения _____,
проживающий (ая) по адресу: _____,
настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в
ООО «УЗИ-Центр» (далее – «Исполнитель»).

Мне разъяснено, что Исполнитель является учреждением частной формы собственности и работает в соответствии с Уставом, имеющее государственную лицензию на осуществление медицинской деятельности № Л041-01147-46/00325261 от 07.05.2019г., на срок – бессрочно, выданной Комитетом Здравоохранения Курской области, находящимся по адресу: 305000, г. Курск, Красная площадь, 6, тел.: +7 (4712) 51-47-20. Исполнитель не является участником Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Медицинские услуги оказываются на платной основе.

Мне разъяснено право Потребителя (Пациента) на получение бесплатной медицинской помощи, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в других медицинских учреждениях.

Я ознакомлен(а) с перечнем платных медицинских услуг, предоставляемых Исполнителем, ценах на платные услуги (в соответствии с действующим Прейскурантом), форме и порядке их предоставления и оплаты.

Я уведомлен(а) о том, что невыполнение 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 моем состоянии здоровья.

Я самостоятельно ознакомлен(а) на официальном сайте Исполнителя в сети «Интернет» <https://medikov46.ru> со следующей информацией:

- Положением о правилах и организации предоставления платных медицинских услуг Исполнителя;
- Правилами внутреннего распорядка для потребителей медицинских услуг Исполнителя;
- Стандартами медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии) с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, размещены на «Официальном интернет-портале правовой информации» <http://www.pravo.gov.ru> и официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации <https://minzdrav.gov.ru>, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций.
- О возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медпомощи, по письменному согласию Потребителя (Пациента).
- О медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации.

Подписывая настоящее информированное добровольное согласие, я подтверждаю, что полностью ознакомлен(а) с его содержанием и изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских услуг с Исполнителем.

Потребитель (пациент) _____ / _____
подпись (расшифровка подписи)

Дата « ____ » _____ 20 ____ г