

ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ

Заказчика и (или) Потребителя на оказание платных медицинских услуг в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи

Тюменская область, р-н Тюменский, км 19-ый
(ФАД Иркутск-Улан-Удэ-Чита тер), стр. 1

«__» _____ 20__ г.

1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ (нужное отметить ☒) и заполнить соответствующее поле):

Заказчик:

☐ **ВАРИАНТ 1. Заказчик – физическое лицо** (если совпадает с Пациентом, напишите "совпадает с Потребителем")

Ф.И.О. полностью: _____

Паспортные данные: серия _____ № _____, выдан _____

Контактный телефон: _____

☐ **ВАРИАНТ 2. Заказчик – юридическое лицо**

Наименование организации: _____

ИНН/КПП: _____ / _____

В лице: _____

(должность)

Ф.И.О. представителя полностью: _____

Действующего на основании: ☐ Устава ☐ Доверенности № _____ от «__» _____ 20__ г.

Контактный телефон представителя: _____

СОГЛАСИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ

☐ Я даю согласие Исполнителю на передачу Заказчику информации о факте оказанных услуг в объеме, необходимом для исполнения договора и расчетов.

Заявление-согласие

Настоящим прошу оказать платные медицинские услуги Потребителю (консультации, медицинские вмешательства, процедур):

В соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 N 659, а также статьями 84 и 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», подтверждаю следующее (нужное отметить галочкой ☒):

☐ **ВАРИАНТ А (Оказание платных медицинских услуг осуществляется в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи):**

Пациент и (или) Заказчик осведомлен(ы) о характере отклонения от объема, установленного стандартом медицинской помощи, и дает на это согласие. Пациенту и (или) Заказчику в доступной форме разъяснено право Потребителя 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. Платные медицинские услуги оказываются по инициативе (желанию) Потребителя.

☐ **ВАРИАНТ Б (Соответствующие виды и объемы медицинской помощи не входят в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывается исключительно на платной основе):**

Пациенту и (или) Заказчику разъяснено, что соответствующие виды и объемы медицинской помощи не входят в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказываются исключительно на платной основе по инициативе (желанию) Потребителя.

ПОДПИСИ СТОРОН:

А) Потребитель (Пациент):

(Подпись обязательна, если пациент дееспособен и достиг 15 лет)

_____/_____/«____»____ 20 г.
(подпись) (Ф.И.О. полностью собственноручно)

Б) Заказчик:

(Подпись обязательна, если Заказчик и Потребитель – разные лица)

_____/_____/«____»____ 20 г.
(подпись) (Ф.И.О. полностью собственноручно)

В) Законный представитель Потребителя:

(Подпись обязательна, если Пациенту менее 15 лет или он признан недееспособным.)

Действует на основании: _____

_____/_____/«____»____ 20 г.
(подпись) (Ф.И.О. полностью собственноручно)

От имени Исполнителя (АО «ЦВМиР «Сибирь»):

Должность: _____

_____/_____/«____»____ 20 г.
(подпись) (Ф.И.О. полностью)

М.П. (при наличии)