



## Информированное добровольное согласие **Заказчика**

Я, Заказчик \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

в интересах несовершеннолетнего \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью, дата рождения)

г.р. \_\_\_\_\_

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в БУЗ ВО «Детский специализированный психоневрологический санаторий» (Исполнитель) в рамках договора об оказании возмездных услуг от

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_ (далее - Договор).

При этом Исполнитель в доступной и понятной для меня форме:

- ознакомил с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", Федеральным законом от 29.11.2010 №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в РФ", Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 №1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг", Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Вологодской области, режимом работы, перечнем (прейскурантом) платных услуг с указанием их стоимости, условиями их получения, информацией о конкретном медицинском работнике, предоставляющем платную услугу по договору (его о профессиональном образовании и квалификации);
- ознакомил с порядком оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, с информацией о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- уведомил 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 в Вологодской области;
- уведомил в письменной форме до заключения Договора о том, 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья несовершеннолетнего пациента.

Настоящее согласие мною прочитано, мне понятно и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией по порядку предоставления платных медицинских услуг и является приложением к договору об оказании возмездных услуг. Своей подписью подтверждаю дачу согласия Исполнителю на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в Федеральном законе № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения обязательств по Договору.

Заказчик \_\_\_\_\_

(подпись)

(расшифровка подписи)

(дата)

г. \_\_\_\_\_