

**Информированное добровольное согласие пациента
на предоставление платных медицинских услуг
при заключении договора на условиях публичной оферты**

На основании статей 19, 84 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

я, _____ желаю получить платные медицинские услуги в НИИ КПССЗ (далее - Учреждение)
я желаю оплатить предоставление платных медицинских услуг

_____ (ФИО полностью)

Адрес регистрации/местожительства: _____
(далее – «Потребитель»)

Я получил(а) на сайте Учреждения <https://kemcardio.ru/>, полную информацию о возможности и условиях предоставления мне (Потребителю) бесплатных медицинских услуг соответствующих моему заболеванию, в рамках программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Я совершенно осознанно понимаю, что могу воспользоваться нормами Конституции Российской Федерации, декларирующей мне (Потребителю) право на бесплатную медицинскую помощь в государственных или муниципальных учреждениях здравоохранения. В данном случае я использую право расширенной свободы выбора при получении медицинской помощи при моем заболевании и выбираю альтернативный вариант лечения на платной основе.

Решение об отказе получения диагностики и лечения моего (Потребителя) заболевания в рамках государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи принято в связи с тем, что услуги оказываются на условиях:

а) на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, в следующих случаях:

назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлены жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также некупаемых за счет бюджетных ассигнований бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации;

применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, некупаемых за счет бюджетных ассигнований бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации и не подлежащих оплате в рамках программы и территориальной программы;

установление индивидуального поста медицинского наблюдения при оказании медицинской помощи в стационарных условиях при отсутствии медицинских показаний к установлению индивидуального поста медицинского наблюдения;

б) анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

в) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, ;

г) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, которые предусмотрены статьей 21 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", а также за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме.

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом цен на медицинские услуги и согласен(а) оплатить стоимость необходимой мне медицинской услуги за счет своих личных средств и иных источников дохода не запрещенных действующим законодательством.

Я понимаю, что денежные средства, добровольно затраченные мной при оказании мне (Потребителю) платных медицинских услуг возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

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

- наименование (фирменное наименование) Исполнителя;
- номерами телефонов и графиком работы учреждения;
- основной государственный регистрационный номер Исполнителя;
- идентификационный номер налогоплательщика (Исполнителя);
- информация об оказываемой услуге (выполняемой работе), предусмотренная статьей 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
- способы оплаты услуги (работы);
- сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер лицензии, сроки ее действия, а также информация об органе, выдавшем указанную лицензию);
- адреса, в том числе адреса электронной почты, по которым принимаются обращения (жалобы) и требования потребителей;
- формой договора о предоставлении платных медицинских услуг;
- Порядком предоставления платных медицинских услуг в НИИ КПССЗ.

Потребитель/Заказчик _____
(Ф.И.О.)

**С заключением
договора согласен(на)**

Информация о Потребителе/Заказчике:

Адрес места жительства:

Документ, удостоверяющий личность:

Телефон: