

Уведомление Потребителя:

Я, [ФИОПотребителя], [ДатаРождения] г.р.,
в лице Законного представителя _____,

уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя - медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе неисполнение 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.

Я уведомлен(а) Исполнителем и настоящим подтверждаю, что мне до заключения договора об оказание медицинских услуг предоставлена в доступной форме информация 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 (далее - соответственно программа, территориальная программа). Я согласен(а) оплатить услугу, я получил(а) информацию о стоимости медицинского вмешательства, о правилах ее оплаты и документах, подтверждающих этот факт.

Я ознакомлен(а) с тем, что может получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях по месту жительства на других условиях. Получив у Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг, я согласен(а) на оказание платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить.

Настоящим, я информирован(а) о несовершенстве медицинской науки и практики и невозможностью, в связи с этим гарантировать ожидаемые результаты лечения, а также о возможных (но не обязательных) осложнениях медицинской услуги, которые могут причинить вред здоровью. _____

(подпись Потребителя)

ДОГОВОР № [НомерДоговора] на оказание платных медицинских услуг

г. Краснодар.

ДатаДоговора

Общество с ограниченной ответственностью «МНОГОПРОФИЛЬНАЯ КЛИНИКА «В НАДЕЖНЫХ РУКАХ» (ООО МК «ВНР»), зарегистрировано ИФНС России № 16 по Краснодарскому краю, ОГРН 1212300050753 дата внесения записи 31.08.2021 г.; адрес места нахождения: 350049, г. Краснодар ул. Тургенева д. 62/1, лицензия на медицинскую деятельность № Л041-01126-23/00337981 от 25.11.2021г. (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного Исполнителя «Сколково»), выданная министерством здравоохранения Краснодарского края (г. Краснодар, ул. Коммунаров, 276, тел. (861)992-52-91). Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, содержатся выписки из лицензии и находятся в доступной форме на информационных стендах, а также на официальном сайте Исполнителя, а также в едином реестре лицензий, размещенном на официальном сайте Росздравнадзора. Место оказания услуг: 350049, г. Краснодар ул. Тургенева д. 62/250, в лице Директора Габриеляна Юрия Витальевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны, и гражданин(ка) [ФИОПотребителя], [ДатаРождения] г.р., проживающий(ая) [АдресФактический], тел. [Телефон], именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель» (Клиент, Пациент)

в _____ лице _____ Законного _____ представителя,

(Ф.И.О. полностью, дата рождения, адрес регистрации, телефон Законного представителя))
с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, указанные в п. 1.2. настоящего договора, а Потребитель обязуется соблюдать все рекомендации Исполнителя и оплатить стоимость предоставленных ему медицинских услуг.

1.2. Предметом договора является оказание платной хирургической помощи Потребителю в виде услуг(и): «Трансплантация волос» методикой «фолликулярной экстракции» или «с иссечением кожи» в объеме максимум _____ графтов. Дата проведения _____ г.

1.3. Помимо услуг(и), указанных в п.1.2 настоящего Договора, Исполнитель может предоставить Потребителю дополнительные услуги, включенные в прейскурант, что оформляется Дополнительным соглашением.

2. Обязательства сторон

2.1. Исполнитель принимает на себя следующие обязательства:

2.1.1. Оказать медицинские услуги качественно, в полном объеме в соответствии с настоящим договором.

2.1.2. Предоставить Потребителю достоверную, доступную информацию о предоставляемых услугах.

2.1.3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

2.1.4. Провести Потребителю инвазивное (оперативное) вмешательство с целью достижения наиболее благоприятного из возможных результатов, с учетом индивидуальных анатомических и физиологических особенностей, ограничивающих возможности исполнителя и назначить постинвазивные (послеоперационные) лечебно-профилактические мероприятия в соответствии с стандартами и порядками оказания медицинской помощи, действующими на момент оказания услуги в том числе в объеме, превышающем объем указанный в клинических рекомендациях, стандартах и порядках оказания медицинской помощи, действующих на момент оказания услуги.

2.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке.

2.1.6. Информировать Потребителя о характере возможных осложнений, о способах профилактики осложнений.

2.1.7. После выполнения инвазивных (оперативных) вмешательств выдать Потребителю медицинские предписания, назначения, рекомендации для достижения и сохранения результатов оказания медицинских услуг.

2.1.8. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг в письменном виде.

2.1.9. В случае возникновения неотложных состояний у Потребителя исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

2.2. Потребитель по настоящему Договору принимает на себя следующие обязательства:

2.2.1. Производить оплату медицинских услуг Исполнителя в порядке и размере, предусмотренными настоящим Договором.

2.2.2. Соблюдать правила внутреннего распорядка и режима работы Исполнителя.

2.2.3. Добросовестно выполнять рекомендации медицинского персонала в ходе лечебного процесса. За последствия невыполнения рекомендаций медицинского персонала, отклонения от назначенного курса лечения, не согласованного с медицинским персоналом Исполнителя, несоблюдения режима лечения Исполнитель ответственности не несет и имеет право отказать в дальнейшем обслуживании без возврата (возмещения) денежных средств полученных от Потребителя.

Потребитель обязуется:

- не ранее чем за две недели до даты указанной в п. 1.2. настоящего Договора пройти следующее обследование: Общий анализ крови; Глюкоза крови; Коагулограмма; Серологический анализ крови на СПИД, гепатит В и С, МОР
- Результаты данных обследований клиент обязан предоставить исполнителю в срок до даты указанной в п. 1.2. настоящего Договора;
- не употреблять спиртные напитки за 48 часов до назначенной операции и в течение 72 часов после проведения операции;
- не употреблять наркотические средства в течение 2-х месяцев до и после операции;
- явиться в день операции в назначенное время;
- выполнять все назначения и указания врача;
- предоставлять все сведения об общем состоянии своего здоровья;
- вести себя корректно в отношении персонала Исполнителя и других Потребителей.

2.2.4. Подписав настоящий договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

2.2.5. Подписав настоящий договор, Потребитель подтверждает, что знает и осознает вероятность (но не обязательность) побочных эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью потребителя. Клиент подтверждает, что до заключения настоящего договора исполнитель ознакомил Клиента о возможных побочных эффектах и осложнениях в том числе: Кровоизлияния; Фолликулит; Выпадение волос (шоковое выпадение волос); Кожный зуд; Рубцы (Келоидные рубцы); Кисты; Отек; Кровотечение; Снижение чувствительности в зоне оперативного вмешательства; Усиление потоотделения у людей склонных к гипергидрозу; Фолликулит; Аллергическая реакция на введенные лекарственные препараты.

2.2.6. Потребитель подтверждает, что до заключения настоящего договора исполнитель предоставил в доступной форме, а Потребитель ознакомился со следующими документами, содержащими информацию о платных медицинских услугах: - с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг; - с действующим в ООО МК «ВНР» прейскурантом на платные медицинские услуги, - с информацией о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

2.2.7. Заключая настоящий договор, Потребитель осознает, что любое хирургическое вмешательство сопряжено с известной долей риска, может вызвать отклонения от нормы в самочувствии (болезненность, чувство дискомфорта, повышение температуры тела и т.д.) как во время операции, так и в послеоперационном периоде, а также с определенными моральными переживаниями по поводу результатов лечения, взаимоотношений с окружающими и т. д.

3. Цены. Порядок расчетов. Размеры и сроки платежей

3.1. Стоимость оказания платной хирургической помощи указанной в п. 1.2. настоящего Договора составляет _____ рублей.

3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем в день операции до ее начала.

4. Ответственность Сторон

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителю в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению в соответствии с законодательством РФ.

4.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, а так же в случае, если Потребитель не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, невыполнения Потребителем назначений врача, назначенного режима лечения; неявки потребителя в сроки, утверждённые планом лечения, либо указанные в выписных рекомендациях, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

5. Обстоятельства, освобождающие от ответственности

5.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения настоящего Договора, в результате обстоятельств чрезвычайного характера, которые Сторона не могла предвидеть и предотвратить разумными мерами. К таким обстоятельствам чрезвычайного характера относятся: пожар, наводнение, землетрясение и иные подобные явления природы, война и военные действия, акты и действия государственных органов, изменения законодательства и другие обстоятельства вне разумного контроля Сторон.

5.2. При наступлении указанных в п.5.1 обстоятельств, Сторона должна без промедления известить о них в письменном виде другую Сторону. Извещение должно содержать данные о характере обстоятельств, а также оценку их влияния на возможность исполнения Стороной своих обязательств по настоящему Договору и срок их исполнения.

6. Конфиденциальность

6.1. Исполнитель обязуется охранять информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

6.2. Подписанием настоящего договора Потребитель предоставляет право Исполнителю на передачу сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя.

6.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя допускается в случаях, предусмотренных настоящим договором и предусмотренных законодательством РФ.

6.4. Исполнитель вправе поручить проведение лабораторных исследований по договору с другой медицинской организацией (медицинской лабораторией), имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности по лабораторной диагностике, с соблюдением требований о сохранении врачебной тайны и персональных данных Потребителя. В поручении Исполнителя должны быть определены перечень действий (операций) по проведению лабораторных исследований, которые будут совершаться медицинской организацией (лабораторией), должна быть установлена обязанность соблюдать конфиденциальность и обеспечивать безопасность персональных данных и врачебной тайны при их обработке. Потребитель дает согласие на проведение лабораторных исследований по договору с другой медицинской организацией (медицинской лабораторией) без оформления дополнительных документов.

7. Прочие положения

7.1. Стороны договариваются, что при подписании Договора Исполнитель вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического копирования (факсимиле), являющегося аналогом собственноручной подписи и имеющего юридическую силу.

7.2. Подписав настоящий договор, Потребитель ознакомлен с тем, что лабораторные исследования взятого у Потребителя биологического материала будут осуществляться в лабораториях у которых заключен договор с исполнителем на оказание данного вида услуг. Потребитель оплачивает исполнителю стоимость лабораторных исследований, включая стоимость забора биологического материала и прочих накладных расходов. При этом в случае несогласия с результатами исследований Потребитель обязуется обращаться непосредственно в лабораторию проводившую исследование.

7.3. Подписав настоящий договор Потребитель подтверждает согласие на отправку информации о результатах медицинских анализов сданных Потребителем в ООО МК «ВНР» по электронной почте указанной в настоящем договоре. Также Потребитель проинформирован о том, что электронная почта является ненадежным каналом и передаваемая информация может стать известна третьим лицам. За взлом почтового ящика, утечку информации и неполучение отправленных результатов анализов ООО МК «ВНР» ответственности не несет.

7.3. Подписав настоящий договор, Потребитель/Законный представитель в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных", подтверждает свое согласие на обработку ООО МК «ВНР» (далее – Оператор) его (лица, законным представителем которого он является) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания/регистрации, паспортные данные, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС (в случае если оплату за потребителя осуществляет страховая компания), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии его (представляемого лица) здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Так же Потребитель/Законный представитель предоставляет право медицинским работникам, передавать его (представляемого лица) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах его (лица, чьим законным представителем он является) обследования и лечения.

Потребитель/Законный представитель предоставляет Оператору право осуществлять все действия (операции) с его (представляемого лица) персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать его (представляемого лица) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) в том числе по договором ДМС. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ДМС на обмен (прием и передачу) его персональными данными/персональными данными представляемого лица со страховой медицинской организацией в которой он застрахован, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие действует бессрочно. Потребитель/Законный представитель оставляет за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

7.4. Подписанием настоящего договора Потребитель дает свое согласие на получение информации об услугах ООО МК «ВНР» в виде смс-сообщений на указанный в настоящем договоре номер телефона, а также любыми иными способами передачи информации, а также иных информационных сообщений от Исполнителя.

7.5. Исполнитель информирует Потребителя о том, что в связи с тем, что действия биологических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, то Исполнитель по независящим как от него, так и от Потребителя причинам не может гарантировать только лишь положительный результат оказанной медицинской услуги.

7.6. Даже при надлежащем выполнении обеими сторонами своих обязательств по Договору, качественном оказании медицинской помощи, применении самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат оказания медицинской услуги не является на 100% прогнозируемым и может выражаться как в восстановлении, улучшении здоровья, так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении патологических процессов.

7.7. Настоящий договор составлен в 2 экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

7.8. Вопросы, не урегулированные настоящим Договором, разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации

7.9. Для получения копий медицинской документации или выписки из нее Потребителю (его законному представителю) необходимо с письменным заявлением обратиться на регистратуру исполнителя. Сроки выдачи документации, амбулаторное лечение 30 дней, стационарное лечение 10 дней.

8. Добровольное согласие на оказание медицинской помощи.

8.1. Подписанием настоящего договора Потребитель дает свое добровольное согласие на оказание медицинской помощи в ООО МК «ВНР».

9. Порядок изменения и расторжения Договора

9.1. Любая договоренность между сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями сторон.

9.2. Условия настоящего договора могут быть изменены исключительно по обоюдному согласию сторон. Одностороннее изменение условий договора не допускается, а, будучи допущенным любой из сторон, признается не имеющим юридической силы.

9.3. Исполнитель в соответствии со ст. 36 Закона РФ от 07.02.1992 №2000-1 «О защите прав потребителей» вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора с Потребителем в случае, если исполнитель уведомил Потребителя об обстоятельствах, зависящих от Потребителя и способных снизить качество оказываемой медицинской услуги, но Потребителя такие обстоятельства не устранил.

9.4. Действие настоящего договора прекращается в случаях: - ликвидации исполнителя; - принятия судом решения о признании договора недействительным; - по соглашению сторон, совершенному в письменной форме по инициативе любой из них; - отказа Потребителя после заключения настоящего договора от получения медицинских услуг. Отказ Клинта от получения медицинских услуг по настоящему договору оформляется в письменной форме и направляется исполнителю. При этом аванс полученный исполнителем возврату не подлежит.

9.5. Во всех случаях расторжения договора стороны обязаны в течение 5 рабочих дней произвести взаимные расчеты, связанные с исполнением настоящего договора, в том числе, при необходимости, по возмещению убытков, которые могут возникнуть в результате прекращения договорных отношений и согласно действующему законодательству РФ.

10. Порядок разрешения споров.

10.1. При возникновении споров стороны будут стремиться разрешить сложившуюся ситуацию путем переговоров. Если согласие не достигнуто, споры рассматриваются в соответствии с действующим законодательством РФ.

10.2. Претензии Потребителя оформляются в письменной форме и рассматриваются Исполнителем в течение 10 рабочих дней. Претензии, касающиеся качества оказания платных медицинских услуг рассматриваются врачебной комиссией исполнителя. По результатам рассмотрения претензии, при взаимном согласии, сторонами подписывается соглашение о досудебном урегулировании претензии.

10.3. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

11. Разглашение сведений

11.1. Руководствуясь частями 1, 3 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (далее - Закон) потребитель заявляет о своем согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицам указанным в настоящем пункте. Согласие распространяется на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, любым способом, в том числе на получение на основании письменного заявления отражающие состояние его здоровья медицинские документы, в том числе справки, акты и заключения, их копии, дубликаты и выписки из медицинских документов и т.д.

_____/	_____/	_____/
фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью доверенного лица	дата рождения	телефон
_____/	_____/	_____/
фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью доверенного лица	дата рождения	телефон

11.2. Настоящим потребитель заявляет о своем согласии на отправку информации о результатах медицинских анализов а также иной информации в том числе составляющую врачебную тайну на электронную почту и/или WHATSAPP по номеру телефона указанным в настоящем пункте. Кроме того потребитель проинформирован о том, что электронная почта/WHATSAPP является ненадежным каналом и передаваемая информация может стать известна третьим лицам. За взлом почтового ящика/WHATSAPP, утечку информации и неполучение отправленных результатов анализов и/или иной информации ООО МК «ВНР» ответственности не несет.

Адрес электронной почты (e-mail) потребителя: _____

Телефон потребителя: _____

12. Согласие

12.1. Подписывая настоящий пункт, Потребитель дает свое согласие на осуществление Исполнителем видео, фотосъемки всех консультаций, процедур, манипуляций, проводимых в ходе оказания медицинской услуги и в результате иного осуществления деятельности в рамках настоящего Договора с последующим использованием полученных материалов в том числе, но не ограничиваясь, в рекламных целях, научных целях при проведении семинаров и конференций для медицинских работников, а также с целью внутреннего контроля качества, консультаций, процедур и манипуляций.

12.2 Потребитель передает Исполнителю исключительное право на использование указанных в п. 12.1. настоящего Договора материалов и их фрагментов в любой форме и любыми способами как известными сегодня, так и теми, которые могут появиться в будущем, любых и всех результатов оказания услуг в соответствии с настоящим Договором в том числе, но не ограничиваясь, право на воспроизведение и распространение, на публичное исполнение (показ), на передачу в эфир, по кабелю, проводам, с помощью иных аналогичных средств публичного сообщения, переработку и перевод на другие языки, дублирование и субтитрование и т.д.

12.3.Исполнитель имеет право на изменение последовательности кадров, использование видео, фотоматериалов, указанных в п. 12.1. настоящего Договора, или их отдельных частей для создания новых аудиовизуальных и аудиопроизведений. Исполнитель имеет право на использование отдельно звука и изображения, в том числе в переработанном (измененном) виде, любыми способами и в любых формах.

12.4. Все указанные выше права принадлежат Исполнителю без ограничения территории и срока действия в отношении видео, фотоматериалов, указанных в п. 12.1. настоящего Договора.

12.5. Имеется ясное понимание Сторонами, что Исполнитель является единственным и полным обладателем исключительного права на использование видео, фотоматериалов, указанных в п. 12.1. настоящего Договора.

ПодписьПотребителя

13. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель ООО МК «ВНР»	Потребитель/Законный представитель ФИОПотребителя
Юридический адрес:350049,г.Краснодар ул. Тургенева д. 62/1 Фактический адрес: 350049, г. Краснодар ул. Тургенева д. 62/250 ИНН/КПП 2308240048/230801001 ОГРН 1162375055248 р/с 40702810847000000709 в ФИЛИАЛ «ЮЖНЫЙ» ПАО «БАНК УРАЛСИБ» г. Краснодар БИК 040349700 к/с 30101810400000000700	НомерПаспорта КемВыдан ДатаВыдачи АдресЮридический АдресФактический Телефон
Директор Габриелян Ю.В.	ПодписьПотребителя

**Информированное добровольное согласие об объеме и условиях оказываемых
платных медицинских услуг.**

Я, [ФИОПотребителя], [ДатаРождения] г.р., проживающий(ая) [АдресФактический], тел. [Телефон], желаю получить платные медицинские услуги в ООО МК «ВНР», и (в соответствии с Постановлением №1006 от 04.10.2012 Правительства РФ и Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ) даю информированное согласие на проведение мне инвазивного (оперативного) вмешательства. Мне в доступной для меня форме разъяснены и мною осознаны цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг, ознакомлен с действующим прейскурантом и готов их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Я имел(а) возможность задать интересующие меня вопросы врачу перед медицинской услугой.
4. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении операции и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.
5. Я согласен с тем, что используемая технология инвазивного вмешательства не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.
6. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
7. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату.
8. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных медицинских услуг: _____, которые я хочу получить в ООО МК «ВНР» и согласен(на) их оплатить.
9. Настоящее информированное добровольное согласие мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Потребитель: [ПодписьПотребителя]

Исполнитель: _____/Габриелян Ю.В./

Дата оформления: [ДатаДоговора]