**Приложение № 1**

**ОБРАЗЕЦ ДОГОВОРА №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на оказание платных медицинских услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| **г. Москва** | **«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.** |

 **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой Департамента здравоохранения города Москвы»**, именуемое в дальнейшем «Учреждение», имеющее лицензию № ЛО-77-01-007490 от 22.01.2014 выданную Управлением лицензирования и аккредитации Департамента здравоохранения города Москвы по адресу: г. Москва, площадь Журавлева, д. 12, свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 77 № 015994567 от 21 марта 2013 года основной государственный регистрационный номер 1037739022727, в лице главного врача **Османова** **Исмаила Магомедтагировича**, действующего на основании Устава, с одной стороны, и **законного представителя** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **(**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель), именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель»**, действующего в интересах пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(№ Амбулаторной карты \_\_\_\_\_\_\_\_\_ )**, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны» заключили настоящий договор (далее по тексту – Договор) о нижеследующем:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Данный договор является публичным договором-офертой и содержит все существенные условия предоставления платных медицинских услуг пациентам.

1.2. Свидетельством полного и безоговорочного акцепта (принятия) условий данного Договора является осуществление Потребителем действий по выполнению условий Договора, в частности, заказ услуг и (или) их оплата.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. В соответствии с настоящим Договором Учреждение обязуется оказывать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, перечисленные в Договорах-счетах, являющихся приложениями к настоящему Договору, а Потребитель обязуется своевременно оплачивать стоимость медицинских услуг, предоставляемых по настоящему Договору и выполнять требования Учреждения, обеспечивающие своевременное и качественное оказание медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

2.2. Потребитель информирован о возможности получения медицинской помощи (медицинской услуги) в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Потребитель подтверждает свое осознанное согласие на получение платных медицинских услуг в Учреждении, участвующем в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и имеющем право оказывать пациентам платные медицинские услуги:

- на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами;

- 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, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

- при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

При предоставлении платных медицинских услуг сохраняется установленный режим работы Учреждения, обеспечивающий доступность и качество медицинской помощи населению в соответствии с видами, объемами и условиями определенными Государственным заданием Учреждения на текущий год в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.3. Договоры-счета, как приложения к настоящему Договору являются официальными документами Учреждения, содержат дату оформления Договора-счета (дату заказа услуги), полный перечень, порядок, сроки выполнения и стоимость услуг, оказание которых возможно в рамках настоящего Договора.

2.4. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Потребителю, определяются действующим прейскурантом Учреждения. Виды, стоимость, порядок и сроки предоставления медицинских услуг в рамках настоящего Договора устанавливаются соответствующими Договорами-счетами, являющимися приложениями к настоящему Договору. По медицинским показаниям и с согласия Потребителя в рамах настоящего Договора ему могут быть оказаны и иные услуги, виды, порядок, стоимость и сроки предоставления которых согласовываются Учреждением с Заказчиком и оформляются соответствующими Договорами-счетами. Для получения платных медицинских услуг в период действия настоящего Договора Потребитель имеет право на оформление неограниченного числа (заказов услуг) Договоров-счетов, представляющих собой его неотъемлемые приложения, при этом обязательным условием для Потребителя является предъявление сотрудникам Учреждения настоящего Договора в момент оформления (заказа услуг) Договоров-счетов.

2.5. При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются действующим законодательством РФ и «Правилами предоставления платных медицинских услуг в **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой Департамента здравоохранения города Москвы»** (далее – Правила предоставления платных медицинских услуг), утвержденными главным врачом Учреждения, регулирующим порядок и условия предоставление платных медицинских услуг Учреждением пациентам.

3. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

3.1. Учреждение оказывает услуги по настоящему Договору в помещении Учреждения по адресу: 125373, Москва, ул. Героев Панфиловцев, д.28.

3.2. Учреждение оказывает услуги по настоящему Договору, в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Учреждения и доводятся до сведения Потребителя.

3.3. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в соответствии с Правилами предоставления платных медицинских услуг в порядке предварительной записи Потребителя на прием. Предварительная запись Потребителя на прием осуществляется через регистратуру Учреждения. Телефон регистратуры для справок: 8(967)1782414. В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи, услуги предоставляются Потребителю без предварительной записи и/или вне установленной очереди.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Потребителем в полном объеме при оформлении соответствующего Договора-счета на оказание услуги, если иной порядок не предусмотрен соглашением сторон.

4.2. Потребитель обязан оплатить услуги в размере, предусмотренном в Договорах-счетах, являющихся приложениями к настоящему Договору в день оформления заказа.

4.3. Оплата услуг производится с применением контрольно-кассовых машин. Учреждение обязан выдать Потребителю кассовый чек или иной документ, подтверждающий прием наличных денег за услуги, согласно действующему законодательству РФ.

5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

5.1. Учреждение обязуется:

5.1.1. Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего Договора и Правилами предоставления платных медицинских услуг.

5.1.2. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты, медицинские изделия, дезинфекционные, дезинсекционные и дератизационные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

5.1.3. Обеспечить Потребителя в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

5.1.4. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов и/или сотрудников медицинских учреждений, имеющих с Учреждением договорные отношения.

5.1.5. Обеспечить Потребителю непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Потребителя или его представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя, виды и объемы оказанных платных медицинских услуг.

5.2. Права и обязанности Потребителя:

5.2.1. Потребитель имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

5.2.2. Информация, содержащаяся в медицинских документах Потребителя, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия Потребителя только по основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

5.2.3. Потребитель настоящим предоставляет информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Потребителя не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Потребителя решается в соответствии с действующим законодательством. Потребитель имеет право на отказ от медицинского вмешательства.

5.2.4. Потребитель, при получении платных медицинских услуг в Учреждении, вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением Учреждением условий настоящего Договора, возмещение ущерба, в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством РФ и Правилами предоставления платных медицинских услуг.

5.2.5. При несоблюдении Учреждением обязательств по срокам исполнения услуг Потребитель вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания медицинской услуги;

- потребовать уменьшения стоимости предоставленной медицинской услуги;

- потребовать исполнения медицинской услуги другим специалистом;

- расторгнуть Договор и потребовать возмещения убытков.

5.2.6. Потребитель при обращении в Учреждение обязан сообщить достоверные, необходимые для качественного оказания медицинской услуги сведения, в т.ч. о своем здоровье, а также выполнять все предписания и назначения, связанные с оказанием качественной медицинской услуги, в точном соответствии с рекомендациями, данными сотрудниками Учреждения.

5.2.7. Потребитель не должен нарушать режим работы Учреждения, а также соблюдать правила личной гигиены при посещении Учреждения.

5.2.8. Потребитель обязан являться на прием в строгом соответствии с назначенным временем. При невозможности своевременного посещения специалистов Учреждения по уважительной причине Потребитель обязан заблаговременно предупредить сотрудников Учреждения через регистратуру. В случае опоздания Потребителя более чем на 20 (двадцать) минут по отношению к назначенному Потребителю времени получения услуги, Учреждение оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги с последующим предоставлением данной услуги Потребителю в порядке «живой» очереди и (или) через назначение нового времени ее оказания, с учетом условий срока действия Договора и (или) Договора-счета согласно п. 9.2 настоящего Договора.

5.2.9. Потребитель обязан выполнять требования (в том числе к забору материала), обеспечивающие качественное и своевременное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

5.2.10. Потребитель обязуется надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Учреждение о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Потребителем настоящего Договора.

5.2.11. Потребитель обязуется заблаговременно информировать Учреждение о необходимости отмены или изменения назначенного ему времени получения медицинской услуги.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

6.1. Учреждение обязуется хранить в тайне сведения о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна) в соответствии с требованиями законодательства РФ.

6.2. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 № 152-ФЗ «О персональных данных» N 152-ФЗ Потребитель, подписанием данного Договора подтверждает свое согласие на обработку Учреждением своих персональных данных, включающих:. фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, место рождения, место жительства, место регистрации, дату регистрации, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные документа, удостоверяющего личность, данные о состоянии его здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу, вид оказанной помощи, условия и сроки оказания медицинской помощи.

6.3. В процессе оказания Учреждением медицинской помощи Потребителю, Потребитель предоставляет право медицинским работникам передавать персональные данные (в том числе по электронным каналам связи и посредством проведения телеконсультаций и телеконференций) содержащие сведения, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Учреждения и медицинским сотрудникам других лечебных учреждений в интересах обследования и лечения Пациента при решении задач возникающих в ходе лечебно-диагностического процесса, по тактике диагностики, лечения, госпитализации пациента или иным вопросам связанным с охраной здоровья пациента.

6.4. Потребитель предоставляет Учреждению право осуществлять все действия (операции) с его персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Учреждение вправе обрабатывать персональные данные Потребителя 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 медицинской статистике, в рамках осуществления лицензионной деятельности по оказанию медицинских услуг, в том числе по ОМС (договором ДМС), при оказании медицинских услуг на платной основе и др.

6.5. Учреждение имеет право во исполнение своих обязательств в рамках уставной деятельности, в том числе и по работе в системе ОМС (по договору ДМС), в рамках платных услуг, на обмен (прием и передачу) персональными данными Потребителя с вышестоящими организациями, со страховыми медицинскими организациями (и или территориальным фондом ОМС) или с иными юридическими лицами, с использованием машинных носителей или по электронным 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.

6.6. Срок хранения персональных данных Потребителя соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара), пять лет (для поликлиники).

6.7. Передача персональных данных Потребителя иным лицам или иное их разглашение, за исключением случаев предусмотренных действующим законодательством РФ, может осуществляться только с его письменного согласия.

6.8. Указанное в настоящем разделе согласие Потребителя на обработку своих персональных данных действует бессрочно. Потребитель оставляет за собой право отозвать данное свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть вручен лично под расписку соответствующему должностному лицу Учреждения.

6.9. В случае получения письменного заявления Потребителя об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Учреждение обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной Потребителю до этого медицинской помощи.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. Учреждение несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случаях причинения вреда здоровью и жизни Потребителя, за исключением случаев причинения вреда, вызванного нарушением Потребителем условий настоящего Договора и Правил предоставления платных медицинских услуг.

7.2. В случае нарушения Учреждением установленных Договором сроков исполнения услуг, Потребитель вправе потребовать выплаты неустойки в порядке и размере, определяемых Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

7.3. Учреждение несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Потребителю неисполнением или ненадлежащим исполнением условий настоящего Договора, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя в соответствии с законодательством РФ.

7.4. Учреждение освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие обстоятельств непреодолимой силы, несоблюдения пациентом условий настоящего Договора и Правил предоставления платных медицинских услуг, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

7.5. В отношении иных оснований, в рамках исполнения обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

8. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

8.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1. Стороны согласились, что при заключении настоящего Договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

9.2. Договор признается заключенным с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения ими принятых обязательств, но в любом случае срок действия Договора устанавливается не более 12 месяцев с момента его заключения. Каждый конкретный Договор-счет, являющийся неотъемлемым приложением настоящего Договора, действует до полного исполнения сторонами принятых по нему обязательств, но в любом случае срок действия данного Договора-счета устанавливается не более 30 дней, начиная от указанной в нем даты оформления (даты заказа услуг), при условии, что срок действия этого Договора-счета не превышает срока действия основного Договора. В случае истечения срока действия Договора и (или) Договора-счета Потребитель, вправе потребовать возврат денежных средств, в соответствии с действующим законодательством РФ и утвержденными в Учреждении «Правилами возврата денежных средств по договорам оказания платных медицинских услуг» или заключить новый Договор и (или ) Договор-счет.

9.3. Приложения к настоящему Договору составляют его неотъемлемую часть.

9.4. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением друг друга.

9.5. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах. Оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу. У каждой из сторон находится один экземпляр настоящего договора.

**Приложение№ 2**

**Образец Договора-счета №**

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы**

«Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой

Департамента здравоохранения города Москвы»

Договор-счет № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Приложение к \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Потребитель (ФИО): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения (пациента): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заказчик (ФИО): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отделение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п.п | Наименование услуги | Стоимость услуги, руб. | Количествоуслуг | Общая стоимость,руб |
| 2 |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |

 Итого: \_\_\_\_\_\_\_\_\_р.

Сумма прописью: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей,

Возврат денежных средств:

Оформление возврата производится строго в будние дни с 9.00 по 16.00.

Возврат производится на основании заявления по возврату денежных средств

с паспортом родителя ребенка на имя которого был оформлен договор

Заявление оформляется в регистратуре платных услуг.

Регистратор: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заказчик/ Потребитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Представитель Исполнителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ нач. отд. реализации медицинских услуг

 ГБУЗ «ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ»

 Миронова А.К.

**Приложение№ 3**

к приказу №\_\_\_ от\_\_\_2016г.

**1. ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**

 **на оказание платных услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Москва | « \_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год |

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО)

действующий в интересах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО дата рождения ребенка)

желаю получить медицинские услуги на платной основе в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой Департамента здравоохранения города Москвы», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ГБУЗ «ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ» полную информацию о возможности и условиях предоставления моему ребенку бесплатных медицинских услуг в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой Департамента здравоохранения города Москвы», в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи (в том числе при наличии направления ГБУЗ «ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ»), изъявляю добровольное желание на оказание моему ребенку платных медицинских услуг и готов их оплатить
2. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у моего ребенка заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое настоятельное желание на получение медицинской услуги на платной основе в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой Департамента здравоохранения города Москвы»
3. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны виды платных медицинских услуг указанные в Договор-счете (Приложении № 2 к Договору), которые будут оказаны моему ребенку в ГБУЗ «ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ» и согласен(а) оплатить
4. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.
5. Сотрудником ГБУЗ «ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ» в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Договор-счет, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).
6. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение Потребителю не гарантирует 100% результат, и что при проведении медицинского вмешательства и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.
7. Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской помощи 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, ГБУЗ «ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ» не несет ответственности за их возникновение.
8. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения Потребитель должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей, что несоблюдение указаний (рекомендаций) учреждения здравоохранения (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного плана и режима лечения, рекомендаций для Потребителя могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги для Потребителя, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья Потребителя.
9. Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать а так же обеспечить их соблюдение Потребителем.
10. Я разрешаю, в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” передавать информацию о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь следующим лицам

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

1. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.
2. Настоящее согласие мною прочитано вслух, я полностью понимаю смысл и назначение предложенных для Потребителя видов услуг и даю согласие на их применение в отношении Потребителя .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , кем выдан паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(подпись) (Ф.И.О.)**

Представитель Исполнителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ зав. отд. платных услуг

ГБУЗ «ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ»

 Миронова А. К.