|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение  к договору на оказание  платных медицинских услуг  от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201 \_\_\_\_\_ г. |

**Информированное добровольное согласие пациента**

**на получение платных медицинских услуг**

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

(фамилия, мя, отчество)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие и желание на получение в областном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Иркутский областной психоневрологический диспансер» (далее – ОГБУЗ «ИОПНД») медицинских услуг на платной основе.

Мне разъяснено, что планируемая медицинская услуга проводится и в других медицинских организациях. Решение о выборе медицинской организации ОГБУЗ «ИОПНД» принято мною самостоятельно, добровольно и осознано.

Мне разъяснена альтернативная возможность получения медицинской помощи бесплатно в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Иркутской области. Даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.

При этом Исполнитель в доступной для меня форме:

* ознакомил с Положением о порядке предоставления платных медицинских услуг в областном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Иркутский областной психоневрологический диспансер»;
* ознакомил с действующем в ОГБУЗ «ИОПНД» перечнем оказываемых медицинских услуг, прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденными в установленном порядке;
* уведомил о том, что не соблюдение 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 ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя (Заказчика), в случае чего Исполнитель ответственности не несет.

Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией о порядке представления платных медицинских услуг и является приложением к договору на оказание платных медицинских услуг.

Своей подписью подтверждаю дачу согласия Исполнителю на обработку моих персональных данных , в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006г. № 152 – ФЗ «О персональных данных, для исполнения Исполнителем обязательств по Договору.

Потребитель (заказчик) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись Ф.И.О.

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_\_ г.