



Общество с ограниченной ответственностью
Многопрофильная Медицинская Клиника
«СОЮЗ»

ИНН 3808193285 КПП 381201001 ОГРН 1153850054830
664082, г. Иркутск, проезд Юрия Тена, строение 30
тел: (3952) 480-199

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
потребителя (законного представителя) на получение платных медицинских услуг**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя)

г. рождения, проживающий по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан:

в отношении: _____
(Ф.И.О. пациента при подписании согласия законным представителем)

г. рождения, проживающий по адресу:

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие и желание на получение платных медицинских услуг в ООО ММК «Союз»

Я даю согласие на оказание платных медицинских услуг в Обществе с ограниченной ответственностью Многопрофильная медицинская клиника «Союз». Мне разъяснено, что планируемая медицинская услуга проводится в различных медицинских учреждениях. Решение о выборе лечебного учреждения – Обществе с ограниченной ответственностью Многопрофильная медицинская клиника «Союз» (далее - ООО ММК «Союз»), принято мною самостоятельно, добровольно и осознанно.

Мне разъяснена альтернативная возможность получения медицинской помощи бесплатно в других лечебных учреждениях при предоставлении необходимых документов (полис ОМС, направление и проч.) в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Иркутской области. Я отказываюсь от возможности получить выбранную медицинскую услугу бесплатно.

При этом ООО ММК «Союз» в доступной для меня форме:

- ознакомил с действующим в ООО ММК «Союз» Перечнем оказываемых медицинских услуг, прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденными Учреждением в установленном порядке;
- уведомил о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) ООО ММК «Союз» (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 заказчика (потребителя), в случае чего ООО ММК «Союз» ответственности не несет.

Подписывая настоящее согласие, я подтверждаю, что сотрудники ООО ММК «Союз» в доступной форме ознакомили меня с методами оказания медицинской помощи, связанными с ними рисками, видами медицинского вмешательства, их последствиями и ожидаемыми результатами оказания медицинской помощи.

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

(подпись)

(Ф.И.О. потребителя или законного представителя потребителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

_____ Г.
(дата оформления)