

**Информационное добровольное согласие
на предоставление медицинских услуг на платной основе**

Главному врачу ГБУЗС «Городская больница № 5 –
«Центр охраны здоровья матери и ребёнка»

На основании статьи 84 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 года № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» я, _____,

(Ф.И.О.)

желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗС «Городская больница № 5 - «Центр охраны здоровья матери и ребёнка».

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых диагностических мероприятиях, медицинском осмотре и лечении моего заболевания.

Мне разъяснено, что я могу получить бесплатно медицинские услуги, в рамках системы обязательного медицинского страхования, в порядке и на условиях, предусмотренных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на территории Севастополя.

Мне также разъяснено, что я могу получить медицинские услуги на иных условиях, чем предусмотрено территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами.

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом цен и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

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

Информацию до пациента довел: _____

(должность, Ф.И.О. подпись)

«_» _____ 20__ г. _____

(подпись потребителя медицинской услуги)

Согласие на обработку персональных данных

Главному врачу ГБУЗС «Городская больница № 5 –
«Центр охраны здоровья матери и ребёнка»

На основании статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» я,

(Ф.И.О.)

даю согласие на обработку персональных данных.

«_» _____ 20__ г. _____

(подпись потребителя медицинской услуги)