|  |
| --- |
|  |

**Приложение №2 к договору**

**№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**-**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**от «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г.**

**на оказание платных медицинских услуг**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

**на предоставление медицинских услуг на платной основе**

На основании п.2 ст.19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»,

|  |  |
| --- | --- |
| Я | медицинская карта №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

настоящим выражаю желание получить платные медицинские услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы "Московская городская онкологическая больница № 62 Департамента здравоохранения города Москвы»

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

Мне разъяснено, что медицинскую помощь по моему заболеванию я могу получить бесплатно в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включая диагностические процедуры и лечение, соответствующие моему заболеванию. Я добровольно отказываюсь от реализации своего права на бесплатную медицинскую помощь и настаиваю на получении платных медицинских услуг.

Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен (а) оплатить стоимость указанных медицинских услуг в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством. Я осознаю, что оплаченные мной денежные средства возврату не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных договором и действующим законодательством, и обязуюсь не предпринимать действий по возврату указанных денежных средств за качественно оказанные услуги.

Также до заключения договора я проинформирован о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского персонала, 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 моем состоянии здоровья.

Все положения настоящего документа мне разъяснены и понятны.

подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ “\_\_\_\_\_“\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.