

УВЕДОМЛЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ

(заполняется перед заключением договора об оказании платных медицинских услуг)

Настоящим уведомлением я, _____
(фамилия, имя, отчество)
_____ рождения, _____
(число, месяц, год) (вид документа, удостоверяющего личность)

(серия, номер, когда и кем выдан документ, удостоверяющий личность)

ознакомлен (ознакомлена) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями предоставления и порядком оплаты платных медицинских услуг в соответствии с договором.

Я уведомлен (уведомлена) о том, что в соответствии с пунктом 20 Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006» уведомлен(а), о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, 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 моего здоровья (здоровья представляемого лица).

Я информирован (а) о том, что согласно ч. 3 ст. 27 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, правила поведения пациента в медицинских организациях.

Мне предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских услуг с ФГБУ «Санаторий «Айвазовское».

Потребитель _____ (фамилия, имя, отчество) _____ (подпись)

_____ 202__