Приложение №6
к ПОЛОЖЕНИЮ
о порядке и условиях предоставления платных медицинских и иных платных услуг, медицинских услуг по договорам добровольного медицинского страхования
в БУЗОО «КОБ им. В.П. Выходцева»

Приложение №1
к Договору
на оказание платных медицинских услуг
(для физических лиц)
№__от «_____»______________20___г.

Соглашение об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг
(информированное добровольное согласие)

Я, ____,
(ФИО полностью, число, месяц, год рождения)
в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в БУЗОО «КОБ им. В.П. Выходцева», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее.
1. Я, получив от сотрудников БУЗОО «КОБ им. В.П. Выходцева» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных услуг и готов их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Мною добровольно выбраны виды платных медицинских услуг:
____
4. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в кассу в БУЗОО «КОБ им. В.П. Выходцева» в соответствии с установленными тарифами.
5. Я уведомлен о том, что несоблюдение 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 моего здоровья.
6. Настоящее соглашение заключается Потребителем после проведения разъяснительной беседы на приеме у медицинского работника и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Потребитель/законный представитель Потребителя:

____

(подпись) (ФИО) (дата)

Медицинский работник

____

(подпись) (ФИО) (дата)

- -