

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым
"Симферопольская центральная районная клиническая больница"**

Информированное добровольное согласие пациента на получение платных медицинских услуг

Я, _____ в рамках договора об оказании платных медицинских услуг №_____ от «____» 201____ г. желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ РК "Симферопольская ЦРКБ" при этом мне разъяснено и мной осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ГБУЗ РК " Симферопольская ЦРКБ " полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных услуг в ГБУЗ РК " Симферопольская ЦРКБ " в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько услуг.
3. Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, предъявляемых к методам диагностики , профилактики и лечения , разрешенных на территории Российской Федерации.
4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (а) все назначения рекомендации и советы врачей ГБУЗ РК «Симферопольская ЦРКБ» .
5. Я ознакомлен(а) с действующим Прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.
6. Виды выбранных мной платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу (наличными) или безналичным расчетом (путем перечисления на расчетный счет) ГБУЗ РК " Симферопольская ЦРКБ " в сумме _____.
7. Настоящее информированное добровольное согласие мной прочитано, и даю свое согласие на их применение.

«Потребитель»:

Паспорт №

Выдан

Адрес

подпись _____

Дата: «__» 201__ г.