

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг
для физических

Московская область,
г. Серпухов

«__» _____ 201_ г.

ООО «ЗМС» (ИНН/КПП 5043056712/504301001, ОГРН 1155043003466) Лицензия серия ЛО-50-01-007577 от 14 апреля 2016 г. на осуществление медицинской деятельности, в лице Генерального директора Засыпкиной Ольги Олеговны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», с одной стороны, и _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент» с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется оказать Пациенту на возмездной основе квалифицированные медицинские услуги, разрешенные на территории Российской Федерации, по своему профилю деятельности, в соответствии с лицензией, а пациент обязуется своевременно оплатить стоимость оказываемых услуг ИСПОЛНИТЕЛЯ, а также выполнять требования ИСПОЛНИТЕЛЯ, направленные на обеспечение качественного предоставления услуг, включая сообщение необходимой и полноценной для оказания медицинских услуг информации.

Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке федеральными органами исполнительной власти.

Медицинские услуги предоставляются в следующих объемах:

1.2. Стоимость оказываемых платных медицинских услуг оплачивается в соответствии с Прейскурантом на медицинские услуги ИСПОЛНИТЕЛЯ.

1.3. Заключая настоящий Договор ИСПОЛНИТЕЛЬ проинформирован, что Пациент, являясь гражданином Российской Федерации, имеет право на бесплатную медицинскую помощь и может реализовать свое право через программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи;

1.4. Настоящий Договор Пациент заключил, находясь в здравом уме, ясной памяти и действует на основании добровольной инициативы, имея достаточно времени для принятия осознанного решения, без давления и принуждения с чьей-либо стороны, выбрал услугу(у) и порядок ее оказания, установленный настоящим Договором и приложениями к нему.

1.5. Вся необходимая информация об оказываемых платных медицинских услугах Пациентом получена полностью и изучена.

1.6. ИСПОЛНИТЕЛЬ оказывает медицинские услуги по месту нахождения ИСПОЛНИТЕЛЯ либо по предварительной договоренности по месту нахождения Пациента. Предоставление услуг происходит согласно режиму и порядку работы ИСПОЛНИТЕЛЯ.

1.7. ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе самостоятельно, без уведомления Пациента привлекать третьих лиц для оказания медицинских услуг по настоящему Договору, оставаясь ответственным перед Пациентом за действия таких лиц, использовать по своему усмотрению любые разрешенные на территории РФ методы и средства, самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания медицинской услуги.

1.8. Подписав настоящий Договор, Пациент подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.9. Срок предоставления медицинских услуг осуществляется с даты заключения настоящего Договора и действует до момента его полного исполнения. Под моментом полного исполнения условий настоящего Договора Стороны договорились понимать момент окончания лечения Пациента, что удостоверяется сторонами Актом оказанных услуг, в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.10. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Пациента, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, перечень которых будет являться Приложением №1 к настоящему Договору.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Права и обязанности Пациента:

2.1.1. Пациент имеет право:

2.1.1.1. Ознакомиться со следующей информацией и документами: Свидетельством о государственной регистрации; лицензией на осуществление медицинской деятельности; режимом работы ИСПОЛНИТЕЛЯ; Прейскурантом и иными документами в соответствии с требованиями Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О

защите прав потребителей», «Основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. №323-ФЗ;

2.1.1.2. Получить имеющуюся информацию от ИСПОЛНИТЕЛЯ о состоянии здоровья Пациента, сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе, возможных методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях по предварительному письменному запросу при условии проведения ИСПОЛНИТЕЛЕМ всех необходимых для этого исследований и по их окончании;

2.1.1.3. До момента оказания платной медицинской услуги отказаться от её получения и вернуть оплаченную сумму, если такая была оплачена, с возмещением ИСПОЛНИТЕЛЮ фактических затрат, которые он понес при подготовке по оказанию этой услуги;

2.1.1.4. На возмещение вреда, в случае недобросовестного оказания медицинской услуги, если вина ИСПОЛНИТЕЛЯ будет доказана;

2.1.1.5. Получить от ИСПОЛНИТЕЛЯ все необходимые документы для оформления в последующем в налоговых органах соответствующих вычетов.

2.1.2. Информация, содержащаяся в медицинских документах Пациента, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия Пациента только по основаниям, предусмотренным действующим законодательством и (или) с согласия Пациента.

2.1.3. Пациента гарантирует ИСПОЛНИТЕЛЮ, что имеет законное право на предоставление добровольного согласия на медицинское вмешательство. Отсутствие такого права дает безусловное право ИСПОЛНИТЕЛЮ в отказе от оказания медицинской услуги, связанное с медицинским вмешательством. Пациент имеет право отказаться от медицинского вмешательства в отношении. Отказ Пациента от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Пациентом.

2.1.4. Пациент обязан:

2.1.4.1. Предоставить врачу данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не у Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, противопоказаниях, о перенесенных и текущих заболеваниях, о злоупотреблении алкоголем, табакокурением, наркотическими веществами или токсическими средствами и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения;

2.1.4.2. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать правила внутреннего распорядка клиники Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности.

2.1.4.3. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора, оплачивать оказанные ИСПОЛНИТЕЛЕМ медицинские услуги;

2.1.4.4. Своевременно информировать ИСПОЛНИТЕЛЯ о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Пациентом настоящего Договора, бережно относиться к имуществу Исполнителя.

2.2. Права и обязанности ИСПОЛНИТЕЛЯ

2.2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе предоставлять Пациенту медицинские услуги, с соблюдением всех требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

2.2.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право отказать в предоставлении медицинских услуг:

2.2.2.1. Когда оказание медицинских услуг не предусмотрено Прейскурантом ИСПОЛНИТЕЛЯ;

2.2.2.2. Когда услуга временно не производится;

2.2.2.3. При выявлении у Пациента заболевания, лечение которого возможно лишь в специализированных медицинских учреждениях;

2.2.2.4. В случае, если медицинское вмешательство, по мнению врача, сопряжено с неоправданным риском причинения вреда здоровью или угрожает его жизни;

2.2.2.5. В случае несоблюдения и невыполнения Пациентом рекомендаций и правил подготовки к оказанию услуги;

2.2.2.6. В случае, если Пациента не явился в назначенное время и место получения услуги;

2.2.2.7. В случае неполучения от Пациента добровольного информированного согласия на оказание услуги.

2.2.3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения медицинской услуги, ИСПОЛНИТЕЛЬ в праве назначить другого врача. ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе отсрочить оказание услуг на более поздний срок, предварительно уведомив об этом Пациента.

2.2.4. ИСПОЛНИТЕЛЬ в праве информировать Пациента о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения, ознакомить с рекомендованным планом лечения.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость предоставляемых медицинских услуг определяется Прейскурантом ИСПОЛНИТЕЛЯ.

3.2. Заказчик оплачивает оказанные услуги в рублях по безналичному расчету на расчетный счет компании, посредством эквайринга (банковской картой) или внесением наличных денежных средств в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ в соответствии с Прейскурантом ИСПОЛНИТЕЛЯ, действующим на момент оказания услуги.

3.3. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Пациенту, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом, и составляет _____ рублей.

3.4. Стоимость платных медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту, действующему на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия Договора.

3.4.1. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора.

3.4.2. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена ИСПОЛНИТЕЛЕМ с согласия ЗАКАЗЧИКА с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия Пациента, ИСПОЛНИТЕЛЬ не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

3.4.3. Услуги по амбулаторно-поликлинической медицинской помощи оплачиваются в день оказания услуги.

3.4.4. В случае отказа Пациента от продолжения обследования или лечения путем подачи письменного заявления на имя директора Исполнителя в любое время до момента начала оказания услуг (услуги), стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Пациента удерживается сумма за оказанные медицинские услуги, а также фактически понесенные ИСПОЛНИТЕЛЕМ расходы.

3.4.5. В случае невозможности исполнения ИСПОЛНИТЕЛЕМ обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, установленного лечебно-охранительного режима и др., стоимость медицинских услуг подлежит оплате в полном объеме.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством РФ.

4.2. Пациент осведомлен о том, что в ряде случаев может возникнуть необходимость повторного (иногда неоднократного) приёма. Решение о необходимости повторного обращения принимается ИСПОЛНИТЕЛЕМ. ЗАКАЗЧИК может отказаться от повторного приёма.

4.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несёт ответственности за результаты оказания медицинских услуг в случае несоблюдения Пациентом рекомендаций по лечению и совершения им иных действий, направленных на ухудшение здоровья Пациента, а также, в случаях медицинского вмешательства третьих лиц, после оказания услуг ИСПОЛНИТЕЛЕМ.

4.4. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несёт ответственности

4.4.1. Если до оказания медицинской услуги Пациент не исполнил обязанность по информированию врача об аллергических реакциях, противопоказаниях, перенесённых заболеваниях, если неэффективность оказанной медицинской услуги или причинённый вред явились следствием отсутствия у врача такой информации;

4.4.2. При возникновении осложнений, о возможности которых Пациент был предупреждён до оказания медицинской услуги;

4.4.3. За наступление побочных эффектов от применения лекарственных средств и препаратов, на возможность наступления которых изготовитель таких лекарственных средств и препаратов указывал в аннотации к ним;

4.4.4. За ухудшение состояния здоровья Пациента, возникшего после оказания медицинской услуги, но не вследствие ее;

4.4.5. За дальнейший ход лечения в случае нарушения Пациентом своих обязанностей.

4.5. В случае причинения ущерба имуществу ИСПОЛНИТЕЛЯ Пациент обязан возместить причинный ущерб в полном объёме.

4.6. Обязан соблюдать рекомендации, данные ИСПОЛНИТЕЛЕМ, выполнять назначенные процедуры в установленные ИСПОЛНИТЕЛЕМ сроки. Достижение эффективности лечения возможна только при таких условиях. Несоблюдение Пациентом условий настоящего пункта Договора, в результате чего лечение оказалось неэффективным, лишает Пациента предъявлять ИСПОЛНИТЕЛЮ претензии, а также требовать возврата денежных средств.

4.7. ИСПОЛНИТЕЛЬ не отвечает:

4.7.1. За несоответствие ожиданий Пациента результатам оказанных услуг;

4.7.2. За любой ущерб, в том числе, моральный от несоответствия ожиданий Пациента результатам оказанных услуг;

4.7.3. Не обещает и не гарантирует, соответствия результата от полученной Пациенту услуги ожидаемому результату;

4.7.4. Не даёт никаких заверений или гарантий относительно устранения каких-либо проблем и/или их последствий, отмеченных Пациенту.

Третьи лица, с которыми ИСПОЛНИТЕЛЬ сотрудничает в соответствии с договорами, не предоставляют никаких явных или подразумеваемых гарантий, или условий в отношении ожидаемого Пациентом результата.

4.8. ИСПОЛНИТЕЛЬ освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если это неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

4.9. В остальных случаях стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

5.1. В случае отказа Пациента после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается по инициативе ЗАКАЗЧИКА, при этом ЗАКАЗЧИК обязан оплатить ИСПОЛНИТЕЛЮ фактически понесенные ИСПОЛНИТЕЛЕМ расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

5.2. Отказ от исполнения обязательств по Договору возможен по инициативе одной из сторон в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств.

5.3. Возврат денежных средств за услуги, не оказанные ЗАКАЗЧИКУ, осуществляется в течение 10-ти банковских дней с момента подачи ЗАКАЗЧИКОМ письменного заявления о прекращении Договора.

5.4. Настоящий Договор может быть изменен по соглашению Сторон. Все изменения и дополнения к настоящему Договору должны быть совершены в письменной форме.

5.5. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть по настоящему Договору или в связи с ним, Стороны будут стремиться решить путем переговоров и обменом письменными претензиями. Соблюдение претензионного порядка разрешения споров по настоящему Договору является обязательным для Сторон.

5.6. Все претензии о неисполнении, либо ненадлежащем исполнении другой Стороной условий настоящего Договора, Стороны оформляют в письменном виде и направляют друг другу по почте заказными письмами с уведомлением о вручении, либо доставляют с курьером и вручают под роспись уполномоченным представителям Сторон. Ответ на письменные претензии потерпевшей Стороны другая Сторона должна предоставить в течение 10 (Десяти) дней с момента получения претензии. Претензия должна быть обоснована и сопровождаться подтверждающими документами, если это вытекает из сущности требования.

5.7. В случае невозможности разрешения спорных вопросов в досудебном порядке спор передается на разрешение в суд Российской Федерации. По соглашению Сторон устанавливается договорная подсудность рассмотрения споров по искам Медицинского центра к Заказчику судом общей юрисдикции по месту нахождения Медицинского центра.

5.8. Изменение и расторжение договора возможны по соглашению сторон, в соответствии с п. 1 ст. 450 ГК РФ.

5.9. В случае расторжения договора по инициативе ЗАКАЗЧИКА, оплата за медицинские услуги и/или исследования, которые уже были выполнены, возврату не подлежит.

6. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ООО «ЗМС»

В соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «ЗМС» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией [и территориальным фондом ОМС] с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Настоящий договор заключен в 2-х экземплярах по одному для каждой из сторон. Стороны согласовали, что подписание данного договора ИСПОЛНИТЕЛЕМ возможно при помощи факсимильного воспроизведения подписи в соответствии с п.2, ст. 160 ГК РФ.

7.2. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.

7.3. В случае невозможности разрешения споров или разногласий путем переговоров, они могут быть переданы инициативной стороной в суд по месту нахождения ИСПОЛНИТЕЛЯ. Применимое право в суде - действующее законодательство РФ.

8. ПРИЛОЖЕНИЯ

Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

8.1. Информационное согласие;

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО «ЗМС»

Юридический адрес: М.о., г. Серпухов, Московское шоссе, 64

Фактический адрес: М.о., г. Серпухов, Московское шоссе, 64

ИНН/КПП 5043056712/504301001, ОГРН 1155043003466)

Тел. +7(4967)76-50-50

Генеральный директор: _____ Засыпкина О.О.

ЗАКАЗЧИК:

ФИО:

Дата рождения: _____

Паспорт:

Выдан:

Место регистрации:

Фактический адрес (Адрес выезда):

Тел.

Пациент _____ (_____)

**Информированное согласие
на предоставление платных медицинских услуг,**

Я, _____ в рамках договора на оказание платных медицинских услуг № _____ от «__» _____ 201 г., желаю получить платные медицинские услуги в ООО «ЗМС» (далее по тексту – Учреждение), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг и даю своё согласие на их получение, и осознаю, что мне могут оказать, аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.

Я даю добровольное согласие на проведение:

- медицинская консультация, опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза;
- осмотр врача (врача-специалиста.);
- анализы крови, мочи, кала и других сред (общеклинические, биохимические, бактериологические, иммунологические и т.д.)-диагностические процедуры и манипуляции
- иные процедуры, назначенные врачом.

Мне разъяснено, что я могу получить, один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Учреждения.

Я подтверждаю, что при подписания настоящего информированного согласия меня уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников Учреждения, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое согласие на их оплату.

Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения от медицинского персонала мною поняты, возможный риск предстоящего исследования, манипуляции, операции (включая летальный исход) мною осознан.

Я понимаю, что мне может быть дана информация о том, кто именно будет выполнять исследование, манипуляцию, операцию, однако мне гарантируется, что данное лицо имеет соответствующую квалификацию и опыт, предусмотренный положениями действующего законодательства Российской Федерации.

Я знаю, что в моих интересах сообщить медицинскому работнику обо всех имеющихся у меня и известных мне проблемах со здоровьем, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарств, о наличии у меня в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам.

Я понимаю, что медицинским персоналом будут приниматься все необходимые меры для моего излечения, но никаких гарантий или обещаний относительно результатов лечения не может быть предоставлено.

Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о состоянии моего здоровья может способствовать развитию местных и/или общих осложнений или даже стать их причиной.

Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители (фото, видео и прочее) и демонстрации их в том числе лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны. Допускаю размещение материалов в отношении МЕНЯ, в медицинских публикациях, интернет-сайте ООО «ЗМС», научных медицинских и иных профессиональных работах.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния.

Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья. Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа. Настоящее информированное согласие подписано мною и является приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг.

Пациент: _____

_____/_____

Подпись

«__» _____ 201__ г.