**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЯ) НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ УСЛУГ (ОТКАЗА ОТ БЕСПЛАТНЫХ УСЛУГ)**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

в рамках договора №\_\_\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г. о предоставлении платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ АО АМОКБ (далее по тексту – Исполнитель). При этом:

1. Я получил(а) от сотрудников Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данном учреждении в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и даю свое согласие на предоставление мне платных медицинских услуг.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных услуг, так и несколько или целый комплекс платных услуг.

3. Мне разъяснено, я полностью осознаю и согласен(на), что проводимое мне лечение не гарантирует 100% результат и что используемая при моем лечении технология не может на 100% исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма даже в том случае, если предоставленная медицинская услуга была осуществлена с учетом всех необходимых требований.

4. Я в доступной для меня форме осознаю и согласен(на), что для получения лучших результатов лечения, я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации указания врачей Исполнителя, предоставляющего мне платную услугу. Я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врачей Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии. Я в доступной форме ознакомлен(а) с необходимой и интересующей меня информацией о состоянии моего здоровья и добровольно даю свое согласие на проведение мне, в соответствии с назначениями врача диагностических исследований и выполнения медицинского вмешательства. Мне даны рекомендации по соблюдению правил поведения до, в процессе и после выполнения медицинского вмешательства. Мне разъяснена необходимость незамедлительного обращения за медицинской помощью в случае ухудшения состояния здоровья после медицинского вмешательства. Я ознакомлен(а) с планом медицинского вмешательства и действием лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены иными врачами. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах с моим здоровьем, в т.ч. аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных средств, препаратов и иных отклонениях организма от нормы.

Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в ГБУЗ АО АМОКБ и обязуюсь их соблюдать.

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения, и по согласованию с врачом были выбраны виды платных услуг, которые я желаю получить на платной основе.

7. Я ознакомлен(а) с действующим у Исполнителя прейскурантом цен на платные услуги и согласен(а) оплатить стоимость медицинских(ой) услуг(и) в соответствии с ним в кассу Исполнителя либо безналичным перечислением на лицевой счет Исполнителя.

8. В случае если при предоставлении мне платных услуг потребуется предоставление мне на возмездной основе дополнительных услуг, не предусмотренных данным договором, я даю согласие на их предоставление при условии заключения еще одного или нескольких договора(ов) с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

9. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания, могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанных(ой) услуг(и) в данном учреждении здравоохранения.

10. Настоящий документ мною внимательно прочитан, претензий и замечаний не имеется, в связи с чем я отказываюсь от бесплатной медицинской помощи и даю согласие на проведение платных медицинских(ой) услуг(и).

**Потребитель:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(подпись) (расшифровка подписи)*

 **Законный представитель Потребителя:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(подпись) (расшифровка подписи)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Указать документ , на основании которого действует законный представитель)

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области Александро-Мариинская областная клиническая больница (ГБУЗ АО АМОКБ, Исполнитель) уведомляет, что несообщение исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платную медицинскую услугу) имеющихся заболеваний состояний, аллергических реакций, индивидуальных особенностей, 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 здоровья потребителя.

С прейскурантом ознакомлен(а). До моего сведения в доступной форме доведена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках федеральной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Я уведомлен(а), что для проведения медицинских обследований (исследований) имеются противопоказания, перед их выполнением необходимо проконсультироваться со специалистом. Я уведомлен(а), что в случае если при предоставлении мне платных услуг может потребоваться предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных данным договором, я даю согласие на их предоставление при условии заключения еще одного или нескольких договора(ов) с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

Потребитель:

(подпись) (расшифровка подписи) (дата)

Законный представитель Потребителя:

(подпись) (расшифровка подписи) (дата)

**Договор**

**об оказании платных услуг физическим лицам №**

г.Астрахань «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.

Гражданин (ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, имеющий намерение получить платные (далее – услуги) лично, именуемый в дальнейшем «Потребитель»,

или гражданин (ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, имеющий намерение заказать (приобрести) платные услуги  в  пользу  «Потребителя» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны, и государственное бюджетное учреждение здравоохранение Астраханской области Александро-Мариинская областная клиническая больница (ГБУЗ АО АМОКБ), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, Ф.И.О.), действующего на основании доверенности № \_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1.Предмет договора**

1.1. Исполнитель по настоящему договору обязуется предоставить Потребителю с учетом медицинских показаний медицинские услуги (приложение № 1 к договору), а Потребитель обязуется принять и оплатить их. Платные медицинские услуги предоставляются на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности: Л041-00110-30/00574641 предоставлена 20.01.2021 Министерством здравоохранения Астраханской области (г. Астрахань ул. Татищева,16 «В» тел.(8512) 54-16-19) бессрочно и перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность (приложения к лицензии). С перечнем предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией можно ознакомиться на сайте Исполнителя, а также на информационных стендах на территории Исполнителя*.*

1.2. Платные медицинские услуги должны оказываться в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.

Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения РФ, либо по просьбе Потребителя (Заказчика) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

 1.3. Медицинские услуги оказываются как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Срок оказания услуг определяется соглашением сторон договора, с учетом имеющихся возможностей Исполнителя, графиком его работы.

Пациент должен быть трезвым, подготовленным к получению медицинской услуги в случае, если медицинская услуга требует специальной подготовки, не иметь респираторных заболеваний в острой фазе.

1.4. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном федеральным [законом](http://home.garant.ru/#/document/12191967/entry/20)  Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.5. Потребитель (Заказчик) согласен, что «Прием (осмотр, консультация) первичный – это первое обращение пациента к конкретному врачу-специалисту, а «Прием (осмотр, консультация) повторный – это все последующие обращения пациента к этому врачу-специалисту в течение одного месяца с момента первичного обращения, независимо от причины обращения».

1.6. При заключении настоящего договора «Заказчик» подтверждает, что получил разрешение «Потребителя» на предоставление ему информации, составляющей персональные данные, врачебную тайну, в связи с реализацией настоящего договора.

**2. Права и обязанности сторон**

2.1. Обязанности Исполнителя:

2.1.1. Оказать услуги, указанные в пункте 1.1. настоящего договора, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида;

2.1.2. По окончании исполнения обязательств по настоящему договору и предъявлению документа, удостоверяющего личность, документа, подтверждающего законное представительство (для законного представителя) доверенности от Потребителя, оформленной в установленном порядке: выдать Потребителю (законному представителю потребителя, (Заказчику) медицинские документы (заключения, копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

2.1.3. Сохранять врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.1.4. Незамедлительно информировать Потребителя (Заказчика) об обнаруженной невозможности получить ожидаемые результаты или нецелесообразности продолжения оказания услуг.

2.1.5. Исполнитель предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

а) о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

б) об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

2.1.6. Исполнитель по обращению потребителя выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы потребителя и (или) заказчика на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:

а) копия договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);

б) справка об оплате медицинских услуг по установленной форме;

в) рецептурный бланк с проставленным штампом "Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика", заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации;

г) документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов (кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета, в случаях, если в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники у медицинской организации отсутствует обязанность по применению контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов).

2.1.7. При оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством РФ требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.1.8. В случае если при предоставлении платных услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика). Без согласия Потребителя (Заказчика) исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.9. В случае если при предоставлении платных услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с  [Федеральным законом](http://home.garant.ru/#/document/12191967/entry/0)  №323 –ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2.2. Обязанности Потребителя (Заказчика):

2.2.1. своевременно и в полном объеме оплатить предоставляемые медицинские (немедицинские) услуги;

2.2.2. до оказания медицинской услуги информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, об изменении, отмене получения медицинских услуг, а также о получаемых на день обращения либо полученных незадолго до обращения процедурах, лечении, результатах предыдущих обследований, которые могут оказать влияние на качество медицинской услуги, состояние здоровья Потребителя, либо препятствовать оказанию медицинских услуг;

2.2.3. выполнять рекомендации исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, полученных в связи с оказанием услуг; заботиться о сохранении своего здоровья;

2.2.4. соблюдать общепринятые нормы поведения в общественных местах,

2.3 Права Потребителя:реализовывать права, вытекающие из обязанностей Исполнителя по настоящему договору, в рамках действующего законодательства РФ.

2.3.1. В случае обнаружения Потребителем недостатка оказанной Исполнителем услуги в течение 10 дней с момента ее оказания Потребитель направляет письменную претензию в адрес Исполнителя При отсутствии претензий услуга признается оказанной надлежащего качества».

**3. Стоимость услуг и порядок платежей**

3.1. Стоимость услуг определяется приложением к договору (спецификацией). Платные услуги, предоставляемые Исполнителем по настоящему договору, оплачиваются Потребителем в соответствии с действующим прейскурантом Исполнителя (в российских рублях) путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или банковской картой до оказания медицинской (немедицинской ) услуги.

3.2. Потребителю (Заказчику) выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых платных услуг (контрольно-кассовый чек или бланк строгой отчетности (документ установленного образца).

3.3. В случае прекращения оказания платных услуг (отказ от получения оплаченных платных услуг Потребителем, отмена услуги по медицинским показаниям либо по независящим от сторон обстоятельствам), денежные средства за неоказанные услуги возвращаются Исполнителем на основании следующих документов: заявления о возврате денежных средств, платежных документов, при предъявлении паспорта (документа, удостоверяющего личность).

**4. Ответственность сторон**

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания медицинской услуги в случаях несоблюдения Потребителем обязанностей, предусмотренных п.2.2.2., 2.2.3., и иных его неправомерных действий.

4.4. Настоящий договор не возлагает на Исполнителя риски не достижения результата оказываемой услуги при условии надлежащего ее оказания.

4.5. Все споры и разногласия, возникающие по настоящему договору или в связи с ним, разрешаются путем переговоров между «Сторонами». В случае невозможности разрешения разногласий путем переговоров они подлежат рассмотрению в суде в порядке, установленном законодательством РФ.

4.6. Обязателен претензионный порядок рассмотрения споров.

**5. Изменение и расторжение договора, срок действия**

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до исполнения обязательств сторонами, расторжения (прекращения) договора по соглашению сторон (по инициативе одной из сторон), а также по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

5.2. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения платных услуг договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель (Заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору. Договор считается расторгнутым с момента возврата денежных средств.

5.3. В случае нарушения Потребителем обязанности соблюдать общепринятые нормы поведения в общественных местах, Исполнитель имеет право расторгнуть договор в одностороннем порядке.

5.4.  Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя. В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.

**6. Реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **«ИСПОЛНИТЕЛЬ»:** | **«ПОТРЕБИТЕЛЬ» («ЗАКАЗЧИК»):** |
| **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области Александро-Мариинская областная клиническая больница** amokb@astrobl.ru414056, г. Астрахань, ул. Татищева, 2ОГРН 1053000627690 ИНН 3016045958 КПП 301901001ОКПО 01917137 ОКТМО 12701000ОКВЭД 86.10деятельность больничных организацийр/сч (КС)03224643120000002500Министерство финансов Астраханской области ГБУЗ АО АМОКБ л/с 20854Ч59026)ОТДЕЛЕНИЕ АСТРАХАНЬ БАНКА РОССИИ/УФК по Астраханской области г.Астрахань БИК 011203901КБК – 854 000 00000 00 0000 130Доп БК910000кор.счет(ЕКС)40102810445370000017тел.:21-01-99; факс:21-01-89 Лицензия Л041-00110-30/005744641 выдана 20.01.2021 г. бессрочно Министерством здравоохранения Астраханской области (г.Астрахань ул.Татищева,16 «в» тел.(8512) 54-00-23)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Подпись Ф.И.О. | **Фамилия, имя, отчество, адрес места жительства и телефон «Потребителя» (законного представителя потребителя):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес для корреспонденции\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Данные документа, удостоверяющего личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись Потребителя (Законного представителя)  /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Подпись Ф.И.О.**Фамилия, имя, отчество, адрес места жительства и телефон «Заказчика»:**ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес для корреспонденции\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Данные документа, удостоверяющего личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись Заказчика:/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Подпись Ф.И.О. |

 Приложение №5

Утверждено

приказом ГБУЗ АО АМОКБ

от \_\_\_\_\_\_\_\_2023 №\_\_\_\_\_

**Согласие**

**Потребителя на предоставление информации (персональных данных, результатов оказанных медицинских услуг) Заказчику**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, имя, отчество Потребителя полностью), зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес регистрации),

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (серия, № паспорта, дата выдачи и наименование органа, выдавшего документ)

**даю согласие** **на предоставление** **Заказчику** государственным бюджетным учреждением здравоохранения Астраханской области Александро-Мариинской областной клинической больницей (ГБУЗ АО АМОКБ), расположенным по адресу: город Астрахань, ул. Татищева, д. 2, согласно договору на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_ г., информации, составляющей врачебную тайну, моих персональных данных: о состоянии моего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; в том числе получать медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние моего здоровья после получения платных медицинских услуг.

Настоящее согласие действительно в течение одного месяца.

 -------------- ---------------------------- ----------

 (подпись) (расшифровка подписи) (дата)

Приложение №6

Утверждено

приказом ГБУЗ АО АМОКБ

от \_\_\_\_\_\_\_\_2023 №\_\_\_\_\_

 Приложение №1

 к договору на оказание

 платных услуг

 от\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_

**Спецификация**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| п/№ | код, наименование услуги | Кол-во услуг | тариф | ценауслуг по прейскуранту | скидка | оплата в кассу | документ, дающий право на льготу |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **ИТОГО:** |  |  |  |  |  |  |

Подпись Исполнителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

Подпись Потребителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

Подпись Заказчика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /