Приложение № 2

к договору на оказание платных медицинских

услуг от 2 декабря 2021 г. 10002208/ИП

****

**ИНФОРМАЦИОННОЕ СОГЛАСИЕ**

**об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг**

**г. Москва «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_г.**

На основании статьи 84 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, желаю получить платные медицинские услуги у ИП Зайцев Владимир Михайлович.

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых диагностических мероприятиях и лечении моего заболевания.

Мне разъяснено, что я могу получить бесплатно, в рамках системы обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, лечение, соответствующее моему заболеванию.

Решение об отказе от получения лечения моего заболевания в рамках обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи мной  принято добровольно.

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Информацию до Пациента довел:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность, Ф. И. О.) | |  | | --- | | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (подпись с расшифровкой) | |
| Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Фамилия, имя, отчество) | |  | | --- | | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (подпись с расшифровкой) | |
| Заказчик: \_\_­­­­­­­­­­\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Фамилия, имя, отчество) | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (подпись с расшифровкой) |