

Приложение 3
к приказу ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ»
от «___» _____ 20__ г. № _____

**Форма Договора на оказание
платных медицинских услуг с физическими лицами**

г. Москва

«___» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская поликлиника № 66 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ»), адрес: 111672, г. Москва, ул. Салтыковская, д. 11Б, ОГРН 1037720013704, ИНН 7720270028, в лице _____,

(должность, ФИО)

действующего на основании _____,

(документ, подтверждающий полномочия)

именуемое в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны, и гражданин(ка)

_____,

(ФИО Потребителя или законного представителя Потребителя)

в отношении Потребителя _____,

(ФИО Потребителя при подписании договора законным представителем Потребителя)

именуемый(ая) в дальнейшем Потребитель (или законный представитель Потребителя), с другой стороны, совместно именуемые Стороны, заключили настоящий Договор на оказание медицинских услуг (далее – Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности от 27 августа 2020 года № Л041-01137-77/00355978, выданной Департаментом здравоохранения города Москвы (127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, тел. 8(495) 652-82-46), срок действия которой бессрочно, берет на себя обязательство оказать медицинские услуги (далее – Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Потребитель (или законный представитель Потребителя) обязуется оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим Договором.

1.2. Перечень медицинских услуг, подлежащих оказанию Потребителю, указан в Приложении № 1 к Договору, являющийся его неотъемлемой частью.

2. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Услуги по настоящему Договору оказываются Исполнителем на платной основе за счет личных средств Потребителя (или законного представителя Потребителя). Потребителю (или законному представителю Потребителя) разъяснен порядок и условия получения данной медицинской услуги на безвозмездной основе в рамках программы (территориальной программы) государственных гарантий, в т.ч. в других медицинских организациях. С перечнем услуг Потребитель (или законный представитель Потребителя) ознакомлен.

2.2. Объем Услуг, которые Исполнитель вправе и может оказать Потребителю в рамках настоящего Договора, определяется в соответствии с обращением Потребителя (или законного представителя Потребителя) и оформляется в виде перечня медицинских услуг, подписываемого Потребителем (или законным представителем Потребителя), и являющегося приложением к настоящему Договору.

2.3. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с Положением о порядке и условиях предоставления платных услуг в ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ» и действующим Прейскурантом цен на медицинские услуги, с которым Потребитель (или законный представитель Потребителя) ознакомлен.

2.4. Предоставление услуг по настоящему договору происходит в день обращения или в порядке предварительной записи Потребителя (или законного представителя Потребителя) на прием, которая осуществляется через регистратуру Исполнителя посредством телефонной и иной связи.

2.5. Срок оказания медицинских услуг составляет: с момента подписания сторонами настоящего договора по 31.12.20__ г.

2.6. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление 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 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.7. По факту исполнения сторонами своих обязательств по настоящему договору, стороны подписывают Акт о выполнении платных медицинских услуг (Приложение № 3 к настоящему Договору).

2.8. Выдача Потребителю (законному представителю Потребителя) после исполнения договора Исполнителем медицинских документов (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, осуществляется без взимания дополнительной платы по заявлению Потребителя (законного представителя Потребителя).

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

- обеспечить надлежащее качество медицинских услуг в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, и в срок, указанный в данном Договоре;
- предупредить Потребителя (или законного представителя Потребителя) о необходимых ограничениях при проведении лечения и диагностики и возможных негативных последствиях в случае нарушения Потребителем рекомендаций специалистов Исполнителя;
- в случае невыполнения взятых обязательств, возместить Потребителю (или законному представителю Потребителя) стоимость лечения;
- предупреждать Потребителя (или законного представителя Потребителя) в случае, если при предоставлении указанных в договоре платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором;

- не предоставлять Потребителю дополнительные медицинские услуги на возмездной основе без согласия Потребителя (или законного представителя Потребителя);

3.2. Исполнитель вправе:

- требовать от Потребителя (или законного представителя Потребителя) соблюдения: графика прохождения процедур, внутреннего режима нахождения в учреждении, режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний;

- в одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему договору при неисполнении Потребителем своих обязательств. При этом Исполнитель возмещает Потребителю (или законному представителю Потребителя) стоимость пропорционально оставшемуся сроку лечения за вычетом 10 процентного штрафа от общей суммы лечения в качестве компенсации за вынужденный простой персонала и оборудования Исполнителя;

- в случае возникновения неотложных состояний, самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором.

3.3. Потребитель (или законный представитель Потребителя) обязуется:

- оплатить услуги в порядке и в сроки, установленные настоящим договором;

- выполнять требования медицинского персонала, обеспечивающие безопасность и качественное предоставление медицинской услуги, в т. ч. выполнять рекомендации лечащего врача;

- соблюдать график приема врачей-специалистов;

- соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности;

- соблюдать правила поведения в учреждении, режим работы учреждения;

- до назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на протекание или лечение заболевания;

3.4. Потребитель (или законный представитель Потребителя) имеет право:

- выбора врача-специалиста;

- на информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2021 г. № 1051н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства» (приложение № 4 к вышеуказанному приказу);

- отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме) в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2021 г. № 1051н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства» (приложение № 5 к вышеуказанному приказу);

- получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья, протекании лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т.д.;

- отказаться от получения Услуги (до момента начала ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги. При этом пациент (или законный представитель пациента) пишет заявление о возврате денежных средств на имя главного врача, указывая в заявлении форму выплаты (безналичным и наличным расчетом) (форма заявления указана в Приложении № 6 к настоящему Договору).

4. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Стоимость Услуг устанавливается действующим прейскурантом согласно Приложению № 1 к настоящему Договору.

4.2. Потребитель производит оплату медицинских услуг непосредственно в день оказания соответствующих медицинских услуг в размере 100% стоимости услуг. Потребителю в соответствии с законодательством выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

4.3. Оплата услуг по настоящему Договору производится путем наличного и безналичного расчета в установленном порядке. Оплата поступает на расчетный счет Исполнителя, указанный в разделе 11 настоящего Договора.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием действия обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор).

5.3. Исполнитель не несет ответственности за медицинские осложнения, возникшие в результате нарушения Потребителем предписаний и рекомендаций Исполнителя.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за недостоверность сведений, внесенных в медицинскую карту Потребителя, в случае выноса Потребителем (или законным представителем Потребителя) медицинской карты за пределы лечебного учреждения Исполнителя.

5.5. Исполнитель несет ответственность за качество и набор действий, составляющих платную медицинскую услугу, которые определяются действующим в момент ее оказания медико-экономическим стандартом или договором на оказание услуг.

5.6. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем только за умышленные виновные действия персонала. Исполнитель не несет ответственности за действия третьих лиц.

5.7. Потребитель (или законный представитель Потребителя) несет ответственность за полноту и достоверность предоставленных Исполнителю сведений.

5.8. Потребитель несет ответственность за прямой действительный ущерб, нанесенный Исполнителю, в соответствии с действующим законодательством РФ.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

6.1. Любая информация о состоянии здоровья Потребителя, порядке и ходе оказания Услуг, а также связанная с оказанием Услуг медицинская документация является конфиденциальной и не подлежит разглашению третьим лицам, за исключением прямо установленных действующим законодательством случаях.

6.2. Потребитель (или законный представитель Потребителя) дает Исполнителю письменное согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя (Приложение № 2 к настоящему Договору), в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем своих обязательств по настоящему договору.

ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий Договор может быть изменен и расторгнут по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных гражданским законодательством РФ.

7.2. Настоящий договор может быть также расторгнут в случае отказа Потребителя (или законного представителя Потребителя) после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг (в этом случае Исполнитель информирует Потребителя (или законного представителя Потребителя) о расторжении договора по инициативе Потребителя (или законного представителя Потребителя), а Потребитель (или законный представитель Потребителя) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору).

7.3. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору возможны только по соглашению сторон и подлежат письменному оформлению в виде дополнительных соглашений к настоящему Договору подписанных сторонами.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий договор вступает в действие с момента его подписания сторонами и действует до 31.12.20__ г.

9. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

9.1. В случае возникновения споров Стороны примут все меры для их разрешения путем переговоров.

9.2. При недостижении согласия по спорным вопросам путем переговоров спор разрешается в соответствии с действующим законодательством.

10. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

10.1. Договор составлен в количестве - по одному экземпляру для каждой Стороны, имеющих равную юридическую силу.

10.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными, если они совершены в письменном виде и подписаны сторонами надлежащим образом.

11. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель: ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ», ИНН 7720270028/ КПП 772001001, ОГРН 1037720013704

Адрес: 111672, г. Москва, ул. Салтыковская, д.11Б, Тел./факс: 8(495)701-76-55.
 ЕКС 40102810545370000003 в ГУ Банка России по ЦФО//УФК по г. Москве г. Москва,
 Счет 03224643450000007300, Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ») л/с 2605442000630906), БИК 004525988.

От Исполнителя _____ (подпись) _____ (ФИО)

Потребитель:

Паспортные данные (либо данные иного документа, удостоверяющего личность):

серия номер, выдан _____ г.

Адрес регистрации/фактического пребывания:

_____.

Телефон: _____.

Законный представитель Потребителя:

Паспортные данные (либо данные иного документа, удостоверяющего личность):

серия номер, выдан _____ г.

Адрес регистрации/фактического пребывания:

_____.

Телефон: _____.

Потребитель (или законный представитель Потребителя) подлинный экземпляр настоящего договора на руки получил, с Порядком оказания медицинских услуг ознакомлен

Потребитель (или законный представитель Потребителя) _____ (подпись) _____
 (ФИО)

Приложение № 1

к договору № _____ от «__» _____ 20__ г.

ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПОДЛЕЖАЩИХ ОКАЗАНИЮ ПОТРЕБИТЕЛЮ

Потребитель **ФИО** _____

Код услуги	Наименование медицинской услуги	Стоимость услуги, руб.

Итого на сумму: _____ (_____)

От Исполнителя _____ /
(подпись)Заказчик: _____ /
(подпись)

Приложение № 3

к договору № _____ от «__» _____ 20__ г.

АКТ о выполнении платных услуг

Мы, нижеподписавшиеся, представитель Исполнителя _____, с одной стороны, и Потребитель _____ с другой стороны, составили настоящий Акт о том, что Исполнитель оказал Потребителю нижеперечисленные медицинские услуги. Потребитель не имеет претензий к Исполнителю по объему, качеству и срокам выполнения услуг.

Код услуги	Наименование медицинской услуги	Стоимость услуги, руб.

Итого на сумму: _____ (_____)

От Исполнителя _____ /
(подпись)

Заказчик: _____ /
(подпись)

Приложение № 2

к договору № _____ от «__» _____ 20__ г.

Согласие на обработку персональных данных

Я, гражданин(ка) ФИО _____, в рамках Договора № _____ от «__» _____ 20__ г., в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку в ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ» (далее — Исполнитель) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, 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 Исполнителем мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Исполнитель 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 по медицинским услугам на платной основе.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной с момента подписания данного Договора и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителю по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской услуги.

Потребитель (или законный представитель Потребителя):

_____/_____ ФИО /

(подпись)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, ФИО _____, _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
_____, проживающий по адресу: _____,
в отношении ФИО _____, _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н1 (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Городская поликлиника № 66 Департамента здравоохранения города Москвы».

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

дата

Приложение № 5
к договору № _____ от «__» _____ 20__ г.
(приложение № 3 к приказу Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. № 1051н)

¹ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082.

Отказ от медицинского вмешательства

Я, ФИО _____, _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____, проживающий по адресу: _____

_____ в отношении ФИО _____, _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Городская поликлиника № 66 Департамента здравоохранения города Москвы» отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н2:

_____ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (со стояния)

_____ (указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

_____ (дата оформления)

Г.

СОГЛАСОВАНО
 Главный врач
 ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ»
 _____ (ФИО)

Начальник
 планово-экономического отдела
 ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ»
 _____ (ФИО)

Главному врачу
 ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ»
 (ФИО) _____
 от ФИО _____
 Паспорт: Серия ____ номер ____ выдан _____ г.
 Адрес регистрации: _____
 Телефон: _____.

Заявление

Я, ФИО _____ прошу Вас вернуть оплаченные мной денежные средства _____ (дата) за медицинскую услугу _____

_____ (наименование услуги, согласно прейскуранта)

в размере _____ (сумма цифрами и прописью)

не полученную мной по следующей причине: _____

Для возврата денежных средств прилагаю следующие документы: копию паспорта, банковские реквизиты с информацией о лицевом счете банковской карты (сберегательной книжки) получателя денежных средств.

_____ (дата)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

**Уведомление
о последствиях несоблюдения указаний
(рекомендаций) медицинского учреждения**

ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ», в соответствии с п. 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736, уведомляет _____ ФИО о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского учреждения (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 уведомлением ознакомлен, экземпляр на руки получил до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

_____ / ФИО /
(подпись)

«_____» _____ 20__ г.

**Уведомление
о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской
помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий
бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной
программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам
медицинской помощи**

Я проинформирован(а) администрацией ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ» о возможности получения в ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ» соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и даю свое согласие на получение медицинской помощи, входящей в программу государственных гарантий, на платной основе.

_____ / ФИО /
(подпись)

«_____» _____ 20__ г.