ДОГОВОР №
на оказание платных медицинских услуг

_____20____ г

г. Москва

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Детский медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации (ФГБУ «Детский медицинский центр»), именуемое в дальнейшем - «Исполнитель», в лице начальника Отдела по организации платных услуг **Андреевой Юлии Андреевны** действующей/его на основании Доверенности №37-01-03/02/165 от 23 октября 2025 г., согласно Уставу и лицензии № Л041-00110-77/00328703 от 05.04.2019 г. (срок действия лицензии: бессрочно, выданная Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, г. Москва, Славянская площадь, д.4, стр. 1, тел.: +7(495) 698-45-38, +7(499)578-02-30), с одной стороны, и **фио**, зарегистрирован по адресу _____ именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, далее Стороны, заключили Договор о нижеследующем:

Понятия, используемые в настоящем Договоре

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

- платные медицинские услуги - медицинские услуги, предоставляемые гражданам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров по желанию граждан при оказании медицинской помощи;
- Потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- Исполнитель – ФГБУ «Детский медицинский центр».

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 Исполнитель обязуется предоставить Заказчику:

Номер медицинской карты	Ф.И.О.	Дата рождения

на возмездной основе медицинские услуги в соответствии с Перечнем платных медицинских услуг (Дополнительное соглашение к настоящему Договору), согласно «Прейскуранту платных медицинских услуг» (далее – «Прейскурант»). Прейскурант размещен на сайте организации по постоянной ссылке https://www.kdpmc.ru/wp-content/uploads/dokumenty/prejskurant-platnyh-medicinskih-uslug.pdf.

1.2 Перечень предоставляемых работ (услуг) Исполнителя, составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией (далее – Перечень) на момент подписания Договора размещен на сайте Исполнителя по постоянной ссылке https://www.kdpmc.ru/wp-content/uploads/dokumenty/licenziya-na-osushchestvlenie-medicinskoj-deyatelnosti.pdf .

1.2.1. Перечень выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанных в едином реестре лицензий Федеральной службы по надзору здравоохранения, в рамках предоставляемых в соответствии с договором указан в Приложение №5.

1.3 Заказчик добровольно берет на себя обязательство соблюдать указания (рекомендации) Исполнителя (медицинского работника Исполнителя), в том числе назначенного режима лечения, и своевременно оплачивать стоимость предоставляемой медицинской услуги (услуг), в соответствии с условиями настоящего Договора и Прейскурантом, утвержденным Исполнителем.

1.4 В случае если при оказании платных медицинских услуг потребуется предоставление медицинских услуг по экстренным показаниям, для устранения угрозы жизни Заказчика такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.5 Исполнитель обязуется:

1.5.1. Предоставить Заказчику платные медицинские услуги квалифицированными специалистами в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе в соответствии:

- с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – Порядки);
- на основе клинических рекомендаций;
- с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее- Стандарты).

1.5.2. Предоставить Заказчику по его требованию и в доступной для него форме информацию, предусмотренную законодательством Российской Федерации, в том числе:

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;

об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, показаниях (противопоказаниях) к применению.

1.5.3. Письменно уведомить Заказчика о том, что 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 Заказчика.
1.5.4. Сообщить Заказчику стоимость оказываемых Исполнителем медицинских услуг, в соответствии с Прейскурантом и возможность корректировки этой стоимости, в зависимости от специфики лечения.
1.5.5. Соблюдать установленные законодательством РФ требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.
1.5.6. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Заказчиком, хранить врачебную тайну.

1.6. Исполнитель имеет право:

1.6.1. Отказать в приеме Заказчику в случаях, если Заказчик находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, при наличии и выявлении противопоказаний, а также в других случаях, предусмотренных «Правилами внутреннего распорядка для посетителей поликлинических подразделений ФГБУ «Детский медицинский центр» (далее – «Правила внутреннего распорядка для посетителей»). Правила внутреннего распорядка для посетителей размещены на сайте организации по постоянной ссылке - https://www.kdpmc.ru/wp-content/uploads/2017/05/Pravila_rasporadka_dla_posetiteley.pdf.
1.6.2. Отказаться от проведения и продолжения лечения, если лечение может вызвать нежелательные последствия или выявляются противопоказания к его проведению, а также если возникают противоречия с Заказчиком в связи с оценкой эффективности результатов лечения, в том числе эстетических. При этом взаиморасчет осуществляется по факту оказанных услуг.
1.6.3. В случае если после подписания настоящего Договора у Заказчика обнаружится заболевание (состояние), несовместимое с планируемой медицинской помощью, Исполнитель предлагает другой метод диагностики или лечения либо отказывается от выполнения услуг. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю понесенные им фактические расходы, связанные с исполнением настоящего Договора.
1.6.4. Отказать Заказчику в оказании медицинских услуг:

- при отказе от подписания информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают Информированное добровольное согласие (далее - «ИДС») при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, других утвержденных форм ИДС;
- при подписании отказа от медицинских вмешательств;
- при отказе от подписания плана лечения;
- при нарушении назначений и рекомендаций, а именно: при отказе от необходимых обследований, при несоблюдении плана лечения, врачебных рекомендаций и назначений. Факты нарушения порядка получения услуг и оценка их последствий осуществляется специалистами Исполнителя.

1.6.5. В случае опоздания Заказчика на прием Исполнитель имеет право перенести время приема на ближайшее свободное время, а освободившееся время предложить другому Пациенту.
1.6.6. В соответствии с законодательством Российской Федерации информировать органы внутренних дел в случае наличия у Заказчика признаков причинения вреда здоровью в результате совершения противоправных действий.
1.6.7. В соответствии с законодательством Российской Федерации сообщать в уполномоченный орган обо всех случаях побочных действиях, нежелательных реакциях, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью Заказчика на применение лекарственных препаратов и медицинских изделий.

1.7 Заказчик обязуется:

1.7.1. Предоставить Исполнителю полную информацию, касающуюся своего здоровья.
1.7.2. Оплачивать оказанные Исполнителем услуги в полном объеме в соответствии с п.3 настоящего Договора.
1.7.3. Выполнять Правила внутреннего распорядка для посетителей.
1.7.4. Явиться для получения медицинской услуги (услуг) в установленное время.
1.7.5. Заранее (не менее чем за 24 часа) до назначенного приема известить Исполнителя по телефону +7 (495) 727-11-66 о невозможности явки на прием.
1.7.6. Немедленно извещать Исполнителя обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе оказания медицинских услуг, а также о принимаемых лекарственных препаратах.
1.7.7. Обеспечить подписание ИДС в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан.

1.8 Заказчик имеет право:

1.8.1. На получение исчерпывающей информации о предоставляемых услугах и проведенном лечении.
1.8.2. На выбор времени и даты для получения платной медицинской услуги из свободно имеющихся у Исполнителя.
1.8.3. На сохранение в тайне информации о здоровье.
1.8.4. В любое время отказаться от предоставления платных медицинских услуг у Исполнителя, при этом Заказчик полностью оплачивает полученные услуги в день отказа. В этом случае Заказчик не вправе предъявлять Исполнителю претензии по качеству незавершенного лечения.

2. СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

2.1. Медицинские услуги при проведении стоматологического лечения, включают в себя:
2.1.1. Установление диагноза, выбор методов лечения и при необходимости составление плана лечения;
2.1.2. Проведение лечения в соответствии с установленным диагнозом и планом лечения;

2.2. В части оказания стоматологических медицинских услуг, подписывая план лечения, Заказчик подтверждает свое согласие со всеми этапами и сроками лечения, подтверждает свою информированность об объёме финансовых затрат и соглашается с ними.
2.3. После окончания каждого этапа стоматологического лечения, стороны подписывают акт об оказанных услугах. Оплата услуг, за исключением случаев, указанных в п.3.6. настоящего Договора, осуществляется на основании выставленного счета (представленного наряда), в день оказания услуг.

3. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость предоставляемой медицинской услуги (услуг) по настоящему Договору определяется исходя из утвержденных цен, действующих на дату оплаты, и оплачивается Заказчиком по Прейскуранту.
3.2. Заказчик обязан оплатить стоимость оказанной медицинской услуги (услуг) в срок, не позднее дня их оказания, за исключением п. 3.6. настоящего Договора.
3.3. Стоимость медицинских услуг уплачивается путем перечисления денежных средств на расчетный счет или путем внесения в кассу Исполнителя.
3.4. Заказчику в соответствии с законодательством РФ выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.
3.5. Датой оплаты медицинских услуг считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.
3.6. При проведении стоматологического лечения оплата изготовления временных и постоянных конструкций в зуботехнической лаборатории осуществляется путем 100% аванса.
3.7. Возврат денежных средств по настоящему Договору осуществляется в соответствии с Положением о порядке возврата денежных средств за неоказанные платные услуги ФГБУ «Детский медицинский центр».

4. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. При заключении Договора Заказчику Исполнителем предоставлена в доступной форме информация о возможностях 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.
4.2. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления и согласия Заказчика приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика.
4.3. Платные медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с Уставом Исполнителя, лицензией на медицинскую деятельность, положением об организации оказания медицинской помощи по видам деятельности, порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, клиническими рекомендациями, Положением о порядке предоставления платных медицинских услуг, другими документами в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
4.4. При заключении договора Заказчику предоставляется в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);
- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

4.5. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
4.6.Заказчик незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.
4.7. Исполнителем после исполнения договора выдаются Заказчику медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, акт об оказании платных медицинских услуг.
4.8. При проведении стоматологического лечения несоблюдение правил гигиены полости рта, пользования ортопедическими и ортодонтическими конструкциями и невыполнение указаний и рекомендаций Исполнителя могут быть основанием для прекращения лечения Заказчика.
4.9. Оказание платных медицинских услуг производиться с учетом режима работы Исполнителя и графика работы медицинских работников Исполнителя, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.
4.10. Заказчик уведомлен о том, что несоблюдение назначений (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на здоровье Потребителя.

5. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ СОГЛАСОВАННОГО ОБЪЕМА УСЛУГ

5.1. При необходимости проведения дополнительных исследований, медицинских процедур, отдельных медицинских услуг Исполнитель информирует об этом Заказчика.
5.2. В случае согласия Заказчика на оказание Исполнителем дополнительных медицинских услуг порядок их оказания и оплаты осуществляется по правилам настоящего Договора.
5.3. В случае несогласия Заказчика на проведение дополнительных медицинских услуг Исполнитель не несет ответственности за результаты обследований и достоверность диагноза, а лечение может быть прекращено в соответствии с пп. 1.6.3; 1.6.4 настоящего Договора.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную настоящим Договором и законодательством РФ.
6.2. При предъявлении Заказчиком требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные Законом Российской Федерации от 07.02.1992г. № 2300-1 «О защите прав потребителей».
6.3. В случае нарушения Заказчиком условий Договора или несоблюдения Заказчиком Правила внутреннего распорядка для посетителей Исполнитель вправе прекратить оказание медицинских услуг.
6.4. Заказчик по письменному требованию Исполнителя уплачивает неустойку в размере 0,1% от стоимости оказанных и неоплаченных Исполнителем услуг за каждый день просрочки.
6.5. В случае не урегулирования спора он передается по инициативе Исполнителя на рассмотрение в Тверской районный суд г. Москвы или мировому судье судебного участка № 370 г. Москвы в соответствии с подсудностью, а по инициативе Заказчика - в соответствии с п. 2 ст.17 закона Российской Федерации от 07.02.1992г. № 2300-1 «О защите прав потребителей».
6.6. Исполнитель не несет ответственность за возможные последствия и неэффективность лечения, в случае если:
- Заказчик не предоставил или предоставил не в полном объеме информацию, необходимую для качественного оказания Исполнителем услуг;
- Заказчик не соблюдает указания (рекомендации) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

6.7. По вопросам, не предусмотренным настоящим Договором, стороны руководствуются законодательством РФ.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует один год.
7.2. Изменения и дополнения в настоящий Договор могут быть внесены по письменному соглашению Сторон, в виде дополнительного соглашения к настоящему Договору.
7.3. Договор может быть прекращен до истечения срока выполнения сторонами своих обязательств:
- по соглашению Сторон, при этом взаиморасчеты осуществляются в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором;
- в одностороннем порядке Заказчиком путем подачи письменного заявления на имя Директора ФГБУ «Детский медицинский центр» в любое время, при этом взаиморасчеты осуществляются в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором;
- в одностороннем порядке (односторонний отказ в соответствии со ст. 782 ГК РФ), а так же в случае нарушения Заказчиком принятых на себя обязательств по договору и невозможности выполнения Исполнителем обязательств по настоящему, возникшей по вине Заказчика.

8. ФОРС-МАЖОР

8.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые участник не мог ни предвидеть, ни предотвратить разумными мерами (форс-мажор). К таким событиям чрезвычайного характера относятся: стихийные бедствия, наводнения, пожар, землетрясения, взрыв, оседание почвы, эпидемия, военные действия, массовые митинги и забастовки, постановления правительства, распоряжения государственных органов или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после его заключения.

9. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика.
9.2. К настоящему Договору прилагаются и являются его неотъемлемой частью:
- Приложение № 1 - «Согласие законного представителя несовершеннолетнего на обработку персональных данных».

- Приложение № 2 - «Соглашение об объеме и условиях оказания медицинских услуг в ФГБУ «Детский медицинский центр»».
- Приложение № 3 – ««Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств»;
- Приложение № 4 – «Согласие на получение информации по каналам связи»
- Приложение № 5 –«Перечень выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанных в едином реестре лицензий Федеральной службы по надзору здравоохранения, в рамках предоставляемых в соответствии с договором».
- Приложение № 6 – «Согласие на предоставление платных медицинских услуг и осуществление медицинских вмешательств в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи».

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ЗАКАЗЧИК	ИСПОЛНИТЕЛЬ
ФИО *Документ, удостоверяющий личность: _____* *Место рождения: _____* *Адрес места жительства: _____* *ИНН:* *СНИЛС:* *Телефон: _____* *e-mail:* *Адрес, на который Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения*	**ФГБУ «Детский медицинский центр»** *109012, Москва, Старопанский переулок, д.3, стр.2* *ИНН 7710114301 КПП 771001001,* *ОГРН 1027700313222* *Получатель: УФК по г. Москве (ФГБУ «Детский медицинский центр» л/с 20736Х43350); 21736Х43350, 22736Х43350* *Банк получателя: ОКЦ № 1 ГУ Банка России по ЦФО//УФК ПО Г. МОСКВЕ, г. Москва* *Расчетный счет: 03214643000000017300* *БИК 004525988* *ОКТМО: 45382000* *Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ от 15.10.2002 МИМНС России №39 по г. Москве, сер. 77 №004815866* *Телефон:+7 (495) 727-11-66*
_____(_____)	_____(Ю.А. Андреева)

Приложение №1
к договору об оказании платных медицинских услуг
№ _____ от _____

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____,
проживающий по адресу _____,
документ, удостоверяющий личность: _____
наименование и реквизиты документа, подтверждающего личность пациента

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку федеральным государственным бюджетным учреждением «Детский медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации, расположенному по адресу: Москва, Старопанский пер., д.3, ул. Цандера д.5, Московская область, Одинцовский район, пос. Горки-10, Детский санаторий "Поляны" (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, место рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), данные 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 и иные персональные данные, ставшие ему известными во время осуществления профессиональной деятельности. В процессе оказания Оператором медицинской помощи, я предоставляю право медицинским работникам передавать все 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 автоматизированным и неавтоматизированным способом 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) моих персональными данными с обслуживающей страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицами, обязанными сохранять профессиональную тайну.

Настоящим я признаю и подтверждаю, что в случае необходимости предоставления персональных данных для достижения указанных выше целей третьему лицу, а равно как при привлечении третьих лиц к оказанию услуг в указанных целях, ФГБУ «Детский медицинский центр» вправе в необходимом объеме раскрывать для совершения вышеуказанных действий мои персональные данные таким третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам, а также представлять таким лицам соответствующие документы, содержащие такую информацию. Настоящее согласие считается данным мною любым третьим лицам, указанным выше, с учетом соответствующих изменений, и любые такие третьи лица имеют право на обработку персональных данных на основании настоящего согласия.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет.

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

Я, _____

своей подписью удостоверяю, что текст мною прочитан, мне понятно содержание и назначение данного документа.

Настоящее согласие дано мной _____ и 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.

Подпись пациента _____/_____ / Дата _____

Приложение №2
к договору об оказании платных медицинских услуг
№ _____ от _____

СОГЛАШЕНИЕ
об объеме и условиях оказания медицинских услуг в
федеральном государственном бюджетном учреждении «Детский медицинский центр»
Управления делами Президента Российской Федерации

Я, _____

Номер медицинской карты	Ф.И.О.	Дата рождения

получив полную информацию о возможности и условиях оказания медицинских услуг**,** выражаю свое согласие и желание на оказание платных медицинских услуг, а также готовность их оплатить.

1. Мне разъяснено и я согласен(на), что оказываемые медицинские услуги не гарантируют ожидаемый результат во всех случаях и что при проведении лечения и после него, как в ближайшем, так и отдаленном периоде, возможны различные варианты течения заболевания и осложнения, обусловленные особенностями организма и прочими причинами, не связанными с медицинскими вмешательствами.
2. Я проинформирован о возможностях 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.
3. Я предупрежден (на) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение предписанного врачом режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.
4. Я поставил(ла) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических производственных факторах физической, химической или биологической природы воздействовавших на меня, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (ла) правдивые сведения о наследственности.
5. Я информирован(на) о целях, характере диагностических и лечебных процедур и возможных случаях их неблагоприятных эффектов, а также о том, что предстоит мне во время их проведения.
6. Я согласен(на) с тем, что в случаях, когда медицинские услуги оказаны с соблюдением установленных стандартов и требований, Исполнитель не несет ответственности за возникновение побочных эффектов и осложнений.
7. Я согласен(на) с тем, что для достижения ожидаемого результата лечения я должен выполнять все назначения, рекомендации медицинских работников Исполнителя.
8. Я извещен(на) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и проводить другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не рекомендованных им лекарств.
9. Я добровольно, без какого-либо принуждения, выражаю согласие с видами и объемом медицинских услуг, а также планом лечения.
10. Я ознакомлен(на) с действующим Прейскурантом и согласен оплатить стоимость медицинских услуг в соответствии с ним и условиями Договора.
11. Я проинформирован(на), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других медицинских организациях и подтверждаю свое согласие на получение платных медицинских услуг в ФГБУ «Детский медицинский центр».
12. Настоящее соглашение мною прочитано, и я ознакомлен(на) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на оказание медицинской помощи в предложенном объеме.
13. Я ознакомлен (на) с Правилами внутреннего распорядка для посетителей поликлинических подразделений, установленными ФГБУ «Детский медицинский центр» (постоянная ссылка на правила - https://www.kdpmc.ru/wp-content/uploads/2017/05/Pravila_rasporadka_dla_posetiteley.pdf), и обязуюсь их соблюдать;
14. Я ознакомлен с Правилами Предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них в ФГБУ «Детский медицинский центр»
15. Я ознакомлен с Положением о порядке возврата денежных средств за неоказанные платные услуги ФГБУ «Детский медицинский центр».

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____
(подпись)

_____

Приложение № 4
к договору об оказании платных медицинских услуг
№ _____ от _____

Федеральное государственное бюджетное учреждение
Детский медицинский центр
Управления делами Президента Российской Федерации

СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ ПО КАНАЛАМ СВЯЗИ

Я, нижеподписавшийся _____
Ф.И.О

Наименование и реквизиты документа, подтверждающего личность пациента
Паспорт ___
Иной документ _____
_____
Адрес регистрации
Адрес фактический
согласен на получение информационных, новостных и иных сообщений и предложений от Федерального государственного бюджетного учреждения «Детский медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации путем предоставления по следующим каналам связи:

☐ Электронная почта, электронная рассылка по электронному адресу:
_____

☐ Смс-информирование*

☐ Телефонная связь (включая мобильную связь)*
Прошу считать актуальными следующий(-ие) номер(-а) телефона(ов):
_____

Не возражаю, чтобы при условии соблюдения конфиденциальности данных для осуществления рассылки привлекалось третье лицо – специализированная организация.

В случае изменения каких-либо контактных данных обязуюсь немедленно сообщить об этом в федеральное государственное бюджетное учреждение «Детский медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации, в противном случае все риски, связанные с разглашением любой информации третьим лицам, несу самостоятельно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Федерального государственного бюджетного учреждения «Детский медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации.

Подпись _____/ _____/
Ф.И.О

Дата _____

* *по телефонам, указанным в договоре, в настоящем документе либо сообщенным при обращении в Федеральное государственное бюджетное учреждение «Детский медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации.*

Директору
ФГБУ «Детский медицинский центр»
Шурыгиной Светлане Вячеславовне

З А Я В Л Е Н И Е

Я, _____
(Ф.И.О.)

e-mail:

Прошу Вас заключить договор на оказание платных медицинских услуг с _____.

Я, уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего медицинские услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемых медицинских услуг (услуги), повлечь за собой невозможность их/её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ФГБУ «Детский медицинский центр».

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в том числе схожих медицинских услуг, в рамках государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками, условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых ФГБУ «Детский медицинский центр».

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских услуг с ФГБУ «Детский медицинский центр».

_____ Подпись _____ (_____)
расшифровка подписи

Приложение № 5
к договору об оказании платных медицинских услуг
№ _____ от _____

Перечень выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанных в едином реестре лицензий Федеральной службы по надзору здравоохранения, в рамках предоставляемых в соответствии с договором

По адресу: 109012, г. Москва, Старопанский переулок, д. 3, стр. 1 выполняемые работы, оказываемые услуги: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:лечебной физкультуре; медицинскому массажу; реабилитационному сестринскому делу; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; сестринскому делу в педиатрии; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии; дерматовенерологии; детской кардиологии; детской эндокринологии; косметологии; лечебной физкультуре; медицинской реабилитации; медицинской статистике; неврологии; нефрологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; психиатрии; психотерапии; рентгенологии; рефлексотерапии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: гастроэнтерологии; детской эндокринологии; лечебной физкультуре; медицинской реабилитации; медицинской статистике; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; рефлексотерапии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; эндоскопии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам профилактическим.

По адресу: 109012, г. Москва, Старопанский переулок, д. 3, стр. 2, выполняемые работы, оказываемые услуги: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:вакцинации (проведению профилактических прививок); рентгенологии;сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии ортопедической; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); общей врачебной практике (семейной медицине); организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; диетологии; инфекционным болезням; клинической фармакологии; медицинской статистике; неврологии; нефрологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; рентгенологии; спортивной медицине; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; фтизиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; стоматологии детской; стоматологии хирургической; При оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации по: скорой медицинской помощи; при оказании скорой специализированной медицинской помощи вне медицинской организации (в том числе выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи), по: педиатрии; при оказании скорой медицинской помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; скорой медицинской помощи; при оказании скорой специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по:медицинским осмотрам профилактическим.

По адресу: 109012, г. Москва, Старопанский переулок, д. 3, стр. 3 выполняемые работы, оказываемые услуги: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: клинической лабораторной диагностике; рентгенологии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе качества медицинской помощи; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам профилактическим.

По адресу: 109012, г Москва, пер Богоявленский, д. 3 стр. 3 выполняемые работы, оказываемые услуги: При оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; скорой медицинской помощи; при оказании скорой специализированной медицинской помощи вне медицинской организации (в том числе выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи), по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; при оказании скорой медицинской помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; скорой медицинской помощи; при оказании скорой специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе качества медицинской помощи; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым).
По адресу: 119002, г. Москва, Денежный переулок, д. 12, 5 этаж, помещение I, комнаты №№ 1-8 выполняемые работы, оказываемые услуги: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии ортопедической.
По адресу: 129075, г. Москва, ул. Цандера, д. 5, стр. 1 выполняемые работы, оказываемые услуги: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: детской урологии-андрологии; детской хирургии; диетологии; клинической лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинской реабилитации; медицинской статистике; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии; рентгенологии; спортивной медицине; стоматологии детской; стоматологии хирургической; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; рентгенологии; стоматологии детской; стоматологии хирургической; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам профилактическим.
По адресу: 129075, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Останкинский, ул Цандера, д. 5 стр. 2 выполняемые работы, оказываемые услуги: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинскому массажу; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии; дерматовенерологии; детской кардиологии; детской эндокринологии; инфекционным болезням; клинической фармакологии; лечебной физкультуре; медицинской реабилитации; медицинской статистике; неврологии; нефрологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; психиатрии; психотерапии; рефлексотерапии; спортивной медицине; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; фтизиатрии; функциональной диагностике; эндоскопии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам профилактическим.

Приложение № 2
утверждено приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 12 ноября 2021 № 1051н

форма

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
«___ » _____ _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу:
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
«___ » _____ _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включённые в Перечень определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н[1] (далее – виды медицинских вмешательств, включённых в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

В **федеральном государственном бюджетном учреждении «Детский медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации.**
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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, включённых 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) его законного представителя , телефон)

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

«___ » _____ _____
(дата оформления)

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

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 23 апреля 2012 № 390н

ПЕРЕЧЕНЬ
ОПРЕДЕЛЁННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Приложение № 6
к договору об оказании платных медицинских услуг
№_____ от _____

Согласие
на предоставление платных медицинских услуг и осуществление медицинских вмешательств в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
«___ » _____ _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

в отношении: _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

настоящим даю согласие на предоставление **ФГБУ «Детский медицинский центр»** платных медицинских услуг и осуществление медицинских вмешательств в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Перед дачей данного согласия мне разъяснены положения п. 11 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026г. № 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», согласно которому платные медицинские услуги предоставляются с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию потребителя и заказчика (в случае если договор заключен заказчиком в пользу потребителя).

Пациент/законный представитель:
_____/_____
подпись пациента или его законного представителя ФИО

_____(дата)