

Я, Иванов Иван Иванович, действующий(ая) от имени и в интересах Пациента Иванов Иван Иванович в возрасте ____ лет, в рамках договора № Д-7901 желаю получить платные медицинские услуги в ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН (далее - ГБУЗ РКПЦ МИНЗДРАВА РБ), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ГБУЗ РКПЦ МИНЗДРАВА РБ полную информацию о возможности и условиях предоставления Пациенту бесплатных медицинских услуг в ГБУЗ РКПЦ МИНЗДРАВА РБ в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг.
2. Я ознакомлен с действующим Перечнем и прейскурантом медицинских услуг и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги и прочие платные услуги в соответствии с ним.
3. Даю согласие на обработку моих персональных данных.
4. Мне разъяснено, и я осознал (а), что проводимое обследование и лечение, мне не гарантирует 100% результат и что при проведении обследования и лечения, и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.
5. Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений вследствие биологических особенностей организма Пациента, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГБУЗ РКПЦ МИНЗДРАВА РБ не несет ответственности за их возникновение.
6. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения Пациент должен исполнять все назначения, режим рекомендаций и советы врачей ГБУЗ РКПЦ МИНЗДРАВА РБ.
7. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом Пациента выбраны медицинские услуги, оговоренные в пункте 1.1 Договора, которые я хочу получить в ГБУЗ РКПЦ МИНЗДРАВА РБ и согласен(а) оплатить.
8. Я информирован (а), что по поводу имеющегося у Пациента заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, в том числе на бюджетной основе и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ГБУЗ РКПЦ МИНЗДРАВА РБ
9. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью осознаю предложенные мне виды услуг и даю согласие на их применение.

Заказчик  _____ /Иванов Иван Иванович

Пациент  _____ /Иванов Иван Иванович