

К договору № 9636 от 30.03.2015

ГАОУЗ "Городская поликлиника №18" г.Казани (Исполнитель) в лице \_\_\_\_\_ и Потребитель (Заказчик) в лице \_\_\_\_\_ составили настоящий акт о том, что все услуги согласно договору оказаны надлежащим образом, в полном объеме. Потребитель (Заказчик) претензий к Исполнителю не имеет.

Исполнитель

Потребитель (Заказчик)

### Информированное согласие об объеме и условиях оказываемых медицинских услуг

Я, Иванов Александр Александрович в рамках договора об оказании платных услуг № 9636 от 30.03.2015 желаю получить платные медицинские услуги в ГАОУЗ "Городская поликлиника № 18" г.Казани, при этом мне разъяснено и мной осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ГАОУЗ "Городская поликлиника № 18" г.Казани полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных услуг в ГАОУЗ "Городская поликлиника № 18" г.Казани в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.

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

3. Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории Российской Федерации, ГАОУЗ "Городская поликлиника № 18" г.Казани не несет ответственности за их возникновение.

4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения, я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГАОУЗ "Городская поликлиника № 18" г.Казани.

5. Мной добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды медицинских услуг, которые я хочу получить в ГАОУЗ "Городская поликлиника № 18" г.Казани и согласен(а) их оплатить :

**Медицинский осмотр по допуску к управлению транспортным средством врача-терапевта ( ГАИ-1-3 ), Медицинский осмотр по допуску к управлению транспортным средством врача-невролога ( ГАИ-1-4 ), Медицинский осмотр по допуску к управлению транспортным средством врача-офтальмолога ( ГАИ-1-6 ), Медицинский осмотр по допуску к управлению транспортным средством врача-оториноларинголога ( ГАИ-1-7 ), Медицинское (наркологическое) освидетельствование ( НАР-1-1 ), Психиатрическое освидетельствование с оформлением медицинской справки ( ПСИХ-1-2 ),**

6. Я ознакомлен(а) действующим Прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

7. Виды выбранных мной платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу (наличными) ГАОУЗ "Городская поликлиника № 18" г.Казани в сумме:

**Одна тысяча четыреста семьдесят рублей 00 копеек (1 470 руб. 00 коп. )**

8. Я проинформирован(а) в том, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ГАОУЗ "Городская поликлиника № 18" г.Казани.

9. Настоящее информированное согласие мной прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю свое согласие на их применение.

"Потребитель (заказчик)" : **Иванов Александр Александрович**

Подпись \_\_\_\_\_