

Утверждено:

Приказом Гендиректора

ООО «ГАРАНТ-100»

Никулина С.С.

от «28» августа 2026 года № 67

**Заявление / согласие на заключение договора
на оказание платных медицинских услуг**

Генеральному директору ООО «ГАРАНТ-100»

Никулину Сергею Сергеевичу

от

Ф.И.О. _____

Паспорт серии № _____

Выдан

Тел. _____

Адрес: _____

**Заявление / согласие на заключение договора
на оказание платных медицинских услуг**

Прошу предоставить мне медицинские услуги на основании договора на оказание платных медицинских услуг, мне разъяснено и понятно следующее:

1. Мне предоставлена и разъяснена полная информация о моих правах, условиях и объемах предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Коми в городе Ухте. Я предупрежден, что в ООО «ГАРАНТ-100» оказываются только платные медицинские услуги и, что ООО «ГАРАНТ-100» в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи свою деятельность не осуществляет.

2. Я выражаю свое намерение и даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг (вне сроков ожидания, и/или в объемах превышающих стандарт оказания медицинской помощи по основному заболеванию, и/или на иных условиях, чем предусмотрено Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Ухте и готов(а) их оплатить.

3. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг, на каждую дополнительную услуг я составляю отдельное заявление, заключаю дополнительное соглашение.

4. Мне разъяснено и понятно, что несоблюдение назначенного режима лечения и других рекомендаций врача может снизить качество платной услуги, повлечь невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на здоровье.

5. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом на платные медицинские услуги и согласен(на) оплатить медицинские услуги в соответствии с ним.

6. Я ознакомлен(а) с информацией о месте нахождения, режиме работы ООО «ГАРАНТ-100», о наличии лицензии на медицинскую деятельность, о видах медицинских и немедицинских услуг, предоставляемых за плату, о квалификации медицинского персонала, предоставляющего услугу.

7. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других медицинских организациях, и подтверждаю свое намерение и согласие на получение указанной медицинской услуги именно в ООО «ГАРАНТ-100» на основании договора.

8. Мне разъяснено, понятно и я согласен (согласна), что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма.

9. Мне разъяснены мои права, предусмотренные ст. 19, 21 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от 07.02.92 № 2300-1 «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 №659 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

10. Настоящее согласие дано мной и вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока. Согласие может быть отозвано посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес _____.

Настоящее заявление мною внимательно прочитано, смысл и значение каждого пункта мне разъяснены, понятны и соответствуют моим намерениям.

Дата _____

Подпись _____