|  |  |
| --- | --- |
|  | ***Приложение******к Договору возмездного оказания медицинских услуг*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | г. Хабаровск |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Дд.мм.гггг |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Пациент: |
|  | Номер договора: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***№*** | ***Артикул*** | ***Наименование услуги*** | ***Срок оказания услуги, дней*** | ***Стоимость, руб*** |
|  |
|  | 1 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ***Итого:*** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Подписывая данное приложение, я подтверждаю (далее проставить вручную галочку «V» и указать email и номер телефона):☐ свое согласие с объемом и стоимостью услуг и гарантирую оплату услуг, указанных в настоящем приложении;☐ свое согласие на передачу результатов моих анализов (за исключением анализов ВИЧ и Сифилис) по открытым сетям электросвязи (интернет) посредством направления их на следующий адрес электронной почты: |
|  |  |
|  | (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ - РАЗБОРЧИВО) |
|  | ☐ свое согласие на получение информационных (рекламных) сообщений об услугах и акциях клиники по телефону: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | (в формате +7 (000) 000-00-00) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Настоящее приложение в соответствии с ст. 9 Федерального закона от 06.12.2011 N 402-ФЗ является первичным учетным документом, подтверждающим оказание Пациенту услуг в указанном объеме. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | *"Мне предоставлена необходимая и достоверная информация об Услугах, обеспечивающая возможность их правильного выбора.**Настоящим я даю согласие на оказание Услуг в предложенном объеме, в том числе в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.**С условиями, изложенными в настоящем Приложении, согласен."* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ***Представитель*** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ***Пациент*** |  |  |