

УВЕДОМЛЕНИЕ

лица, намеревающегося заключить договор платных медицинских услуг в
Государственном автономном учреждении здравоохранения
«Городская клиническая больница №16» г. Казани

Я, _____,
фамилия, имя и отчество (при наличии)

в соответствии с пунктом 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 года №736, уведомлен(а) о:

- том, что несоблюдение указаний (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 состоянии здоровья потребителя;
- возможности 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;
- том, что отказ от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых мне без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации;
- том, что я могу направить обращения (жалобы) в приемную главного врача лично, нарочно, а также почтовым отправлением по адресу 420039, г.Казань, ул.Гагарина, 121, а также на адрес электронной почты klinika.16@tatar.ru.

Я ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 года №736.

Подтверждаю, что уведомлен(а) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

_____ *подпись*

_____ *Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина*

“ _____ ”

_____ г.

_____ *та оформления*