

Форма уведомления потребителя (заказчика) платных медицинских услуг при заключении договора о 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 (согласно пункту 7 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждённых постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736)

Бланк (угловой штамп) медицинской организации,

дата, регистрационный номер

Уважаемый потребитель (заказчик)!

В соответствии с частью 2 статьи 19 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", во исполнение требований пункта 7 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждённых постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736, до заключения договора оказания медицинских услуг Вам разъясняется, что каждый потребитель (пациент) имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

Вам также разъясняется, что отказ пациента как потребителя медицинских услуг от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

Вышеуказанная информация мне разъяснена в полном объеме и понятна.

(подпись потребителя (заказчика))

(ФИО потребителя (заказчика))

"__" ____ г.

(дата разъяснения прав)