*К Договору* *оказания платных*

*медицинских услуг № \_\_ от \_\_.\_\_.2023 г.*

*(далее – «Договор»)*

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**

**НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ УСЛУГ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

- подтверждаю, что в доступной мне форме до заключения Договора и дополнительного соглашения к Договору проинформирован(а) сотрудниками Санатория «Белое солнце» ФТС России о возможности получения медицинской помощи (медицинских услуг) в рамках бесплатного оказания медицинской помощи;

- выражаю свое желание и согласие на получение платной медицинской помощи в соответствии с Договором на оказание платных медицинских услуг:

- при заключении договора мне предоставлена информация о конкретном медицинском работнике, оказывающем платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах;

- подтверждаю, что в доступной мне форме проинформирован(а) сотрудниками Санатория «Белое солнце» ФТС России о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика.

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись ФИО