

Главному врачу	Щёголеву В.В.
от	
Паспорт серии №	
Выдан	
Тел	
Адрес:	

Заявление

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 объёмах предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге.

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 Санкт-Петербурге и готов(а) их оплатить.

3. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

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

5. Я ознакомлен(а) с информацией о месте нахождения, режиме работы учреждения, о наличии лицензии на медицинскую деятельность, о видах медицинских и немедицинских услуг, предоставляемых бесплатно, о перечне медицинских и немедицинских услуг, предоставляемых за плату, о квалификации медицинского персонала, предоставляющего услугу.

6. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое намерение и согласие на получение указанной медицинской услуги именно в данном медицинском учреждении на основании договора.

7. 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.

8. Мне разъяснены мои права, предусмотренные ст. 19, 21 Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011 года «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 04.10.2012 г. №1006 «об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

9. Я даю свое согласие СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер №1», юридический адрес: 199406 г. Санкт-Петербург, Большой проспект Васильевского острова, дом 85 литер А, на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) автоматизированным и неавтоматизированным способом моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью исключительно в целях исполнения настоящего договора, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания 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 СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер №1».

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

Дата:

Подпись