

## ЗАЯВЛЕНИЕ

на оказание платных медицинских услуг в Государственном бюджетном учреждении «Пильнинский социально-реабилитационный центр для инвалидов»

Я, (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_, являющийся Потребителем (Заказчиком), прошу заключить со мной договор на оказание платных медицинских услуг, указанных в договоре.

Я проинформирован(а) о предстоящей медицинской услуге и поставлен(а) в известность о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинских услуг без взимания платы в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и социальных услуг, предоставляемых лицам с ограниченными возможностями.

Медицинская услуга(и), указанная в данном договоре, оказывается мне в ГБУ «Пильнинский СРЦИ» платно, по моей просьбе, **сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и социальных услуг, предоставляемых лицами с ограниченными возможностями.**

Я извещен(а) 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 ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. Со стоимостью услуги ознакомлен(а) и согласен(а).

Все дополнительные интересующие меня вопросы, касающиеся содержания и исполнения данного договора, были мне разъяснены в устной форме.

С условиями договора ознакомлен (а), согласен (а) и прошу заключить его со мною.

Подпись \_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

## ЗАЯВЛЕНИЕ

на оказание платных медицинских услуг в Государственном бюджетном учреждении «Пильнинский социально-реабилитационный центр для инвалидов»

Я, (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_, являющийся Потребителем (Заказчиком), прошу заключить со мной договор на оказание платных медицинских услуг, указанных в договоре.

Я проинформирован(а) о предстоящей медицинской услуге и поставлен(а) в известность о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинских услуг без взимания платы в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и социальных услуг, предоставляемых лицам с ограниченными возможностями.

Медицинская услуга(и), указанная в данном договоре, оказывается мне в ГБУ «Пильнинский СРЦИ» платно, по моей просьбе, **сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и социальных услуг, предоставляемых лицами с ограниченными возможностями.**

Я извещен(а) 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 ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. Со стоимостью услуги ознакомлен(а) и согласен(а).

Все дополнительные интересующие меня вопросы, касающиеся содержания и исполнения данного договора, были мне разъяснены в устной форме. С условиями договора ознакомлен (а), согласен (а) и прошу заключить его со мною.

Подпись \_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.