СОГЛАСИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ВИДЕ ОТДЕЛЬНЫХ КОНСУЛЬТАЦИЙ И (ИЛИ) МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

г. Кемерово «__» _____ ***2026*** г.

1. Сведения о Потребителе

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
дата рождения «___» _____ _____ г.,
документ, удостоверяющий личность: _____,
серия _____ № _____,

являясь Потребителем платных медицинских услуг, настоящим подтверждаю свое добровольное волеизъявление на получение в ООО «ОЛИМП» платных медицинских услуг на условиях, указанных в настоящем Согласии.

2. Сведения о Заказчике

Заполняется, если Заказчик и Потребитель являются разными лицами.
Я, _____,
(фамилия, имя, отчество Заказчика)
дата рождения «___» _____ _____ г.,
документ, удостоверяющий личность: _____,
серия _____ № _____,

являясь Заказчиком платных медицинских услуг, предоставляемых указанному выше Потребителю, подтверждаю свое согласие на предоставление и оплату указанных в настоящем Согласии платных медицинских услуг.

3. Сведения об Исполнителе

Общество с ограниченной ответственностью «Олимп» (ООО «ОЛИМП»)

ОГРН 1144205019837
ИНН 4205299533
Адрес: 650055, г. Кемерово, ул. Пролетарская, д. 15–67.
Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01161-42/00298382 от 23.04.2015.

4. Платные медицинские услуги

В соответствии с пунктом 11 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, прошу предоставить мне / Потребителю следующие платные медицинские услуги в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств:

1. _____
2. _____
3. _____

4.

Общая стоимость указанных услуг: _____ рублей.

Стоимость определяется в соответствии с действующим прейскурантом ООО «ОЛИМП» и договором на оказание платных медицинских услуг, планом лечения, сметой и (или) иным документом, являющимся неотъемлемой частью договора, в зависимости от применяемого порядка оформления.

5. Подтверждение волеизъявления

До подписания настоящего Согласия мне предоставлена в доступной форме информация:

— 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;
— о предоставляемых ООО «ОЛИМП» платных медицинских услугах и их стоимости;
— о возможности получения платных медицинских услуг в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
— о том, что настоящее Согласие выражает мою просьбу о предоставлении указанных в разделе 4 платных медицинских услуг.

Мне понятно, что заключение договора на оказание платных медицинских услуг и оплата медицинских услуг сами по себе не заменяют необходимость оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

Мне также понятно, что настоящее Согласие **не является информированным добровольным согласием на медицинское вмешательство**, предусмотренным статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Информированное добровольное согласие на соответствующее медицинское вмешательство оформляется отдельно в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

6. Подписи

Потребитель:

Ф.И.О. _____
Подпись _____ /_____/
Дата: «__***»*** _____ ***2026***г.

Заказчик:

Заполняется, если Заказчик и Потребитель являются разными лицами.

Ф.И.О. _____
Подпись _____ /_____/
Дата: «__***»*** _____ ***2026*** г.

Если Заказчик и Потребитель являются одним лицом, проставляется одна подпись:

Потребитель / Заказчик:

Ф.И.О. _____
Подпись _____ /_____/
Дата: «***»*** _____ ***20*** г.

От ООО «ОЛИМП»:

Администратор _____
Подпись _____
Дата: «» _____ ***20*** г.