

В ФГБУ «НМИЦ детской травматологии
и ортопедии имени Г.И. Турнера»
Минздрава России
(ИНН 7820009821, ОГРН 1027809001956)
от

паспорт _____,
место жительства

Тел.: _____

несовершеннолетний

_____, _____.____.____ г.р.

ЗАЯВЛЕНИЕ

о намерении заключить договор об оказании платных медицинских услуг

Прошу ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» Минздрава России заключить со мной договор об оказании платных медицинских услуг в соответствии с медицинскими показаниями, на условиях предусмотренных типовой формой договора ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» Минздрава России об оказании платных медицинских услуг, и по цене, определяемой в соответствии с прейскурантом ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» Минздрава России.

Подавая настоящее заявление, я в добровольном порядке реализую своё право, предусмотренное законодательством Российской Федерации, на получение платных медицинских услуг.

Подтверждаю, что принял(а) решение о заключении договора об оказании платных медицинских услуг после предоставления мне в доступной форме информации о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Подтверждаю, что я уведомлен(а) в письменной форме 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 здоровья потребителя.

(дата)

(подпись)

(Инициалы и фамилия)