**Уведомление (согласие) потребителя/заказчика**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем**«Потребитель»**

*(фамилия, имя, отчество, дата рождения Пациента)*

**или** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем **«Заказчик»**

*(фамилия, имя, отчество законного представителя Потребителя)*

в соответствии с п. 6, 15 постановления Правительства РФ от 04.10.2012 года № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», в доступной для меня форме, проинформирован (а) о нижеследующем:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- 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;

Я добровольно принял (а) решение об обращении за получением платных медицинских и иных услуг в бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Областная детская клиническая больница» (БУЗОО «ОДКБ»).

Я, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** выражаю свое согласие

*(фамилия, имя, отчество Потребителя или Заказчика)*

на подписание договора, на оказание платных медицинских и иных услуг с БУЗОО «ОДКБ»

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.