

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № _____
К ДОГОВОРУ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
№ _____ от «__» _____ 2014г.**

г.Ростов-на-Дону

«__» _____ 2014г.

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Мясниковского района "Центральная районная больница" (МБУЗ МР "ЦРБ" именуемая в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Л.А. Исаева, действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____ ФИО, проживающий по адресу _____, тел. _____, паспорт № _____ серия _____ выдан _____, именуемого (ой) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящее Дополнительное соглашение к Договору о нижеследующем:

1. Исполнитель оказывает Потребителю дополнительные платные медицинские услуги на следующих условиях:

№	Код преискуранта	Перечень платных медицинских услуг	Количество услуг	Сроки оказания	Стоимость услуги за ед. (руб.)	Общая стоимость медицинских услуг (руб.)

2. Общая стоимость оказываемых медицинских услуг по Договору № _____ от _____ г. составляет _____ рублей _____ копеек (_____) рублей _____ копеек. Без НДС.

3. Порядок и оплата за оказание медицинской манипуляции по вышеназванному Договору осуществляется на основании преискуранта цен, тарифов) платных медицинских услуг, действующему на момент заключения настоящего Дополнительного соглашения и производится на условиях 100% предоплаты до получения услуги путем внесения наличных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на счет Исполнителя через учреждения.

4. Во всем остальном, что не оговорено настоящим Соглашением, стороны руководствуются положениями договора № _____ от «__» _____ 20__ г.

5. Дополнительное соглашение составлено в 2-х экземплярах, по одному экземпляру для каждой из Сторон, вступает в силу с момента подписания и действует до исполнения Сторонами обязательств по нему в рамках срока действия Договора.

6. Настоящее Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора № _____ на оказание платных медицинских услуг от _____ 2014г.

7. Подписи сторон:

От Исполнителя:

От Потребителя:

Главный врач _____ /Л.А. Исаев
м.п.

_____/_____
м.п.

Информированное согласие
об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг

г. Ростов-на-Дону

" _____ " _____ Г.

Я, пациент _____, самостоятельно обратился за получением медицинских услуг в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в МБУЗ МР «ЦРБ», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее.

1. Я, получив от сотрудников полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Ростовской области, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении операции и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.
4. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, не несет ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды медицинских услуг, обозначенные в моем письменном заявлении, которые я хочу получить в МБУЗ МР «ЦРБ» и согласен(на) оплатить лечение.
7. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.
8. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу или по безналичному перечислению в МБУЗ МР «ЦРБ».
9. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в МБУЗ МР «ЦРБ».
10. Настоящее информированное согласие мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Пациент: _____
(фамилия, имя, отчество, подпись пациента).

Настоящее соглашение подписано пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.