**УВЕДОМЛЕНИЕ**

 г.Липецк «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_г.

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения,

 (фамилия, имя и отчество (при наличии) потребителя) (дата рождения)

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (данные документа, удостоверяющего личность)

зарегистрированный (-ая)/ проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (адрес регистрации/ места жительства заказчика)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, изъявивший (-ая) желание на законных основаниях находиться в стационаре совместно с несовершеннолетним (-ей) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения,

 (фамилия, имя и отчество (при наличии) несовершеннолетнего (-ей)) (дата рождения)

свидетельство о рождении / паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (данные документа, удостоверяющего личность)

зарегистрированного (-ой)/ проживающего (-ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (адрес регистрации/ места жительства потребителя)

до заключения Договора на оказание платных медицинских услуг **уведомлен (-а) о возможности получения медицинских (-ой) услуг (-и) без взимания платы** на условиях, предусмотренных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи, действующей на момент заключения договора, сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов не должны превышать 14 рабочих дней.

**После ознакомления с перечнем, стоимостью, сроками и условиями предоставления платных медицинских услуг, а также порядками оплаты платных (-ой) медицинских (-ой) услуг (-и) осознанно и добровольно изъявляю желание** **о заключении Договора на оказание именно платных медицинских услуг** в Государственном учреждении здравоохранения «Областная детская больница» и согласен с тем, что оплата стоимости платных медицинских услуг осуществляется в полном объеме при заключении договора на оказание платных медицинских услуг.

Кроме того, до заключения Договора на оказание платных медицинских услуг мне в доступной для меня форме разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника Государственного учреждения здравоохранения «Областная детская больница», предоставляющего платные (-ую) медицинские (-ую) услуги (-у), в том числе, назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемых (-ой) услуг (-и), повлечь за собой невозможность их (её) завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

А также до меня доведены правила поведения пациента в Государственном учреждении здравоохранения «Областная детская больница».

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Липецкой области: 398059, г. Липецк, ул. М. Горького, д. 2, тел. 8 (4742) 25-18-88.

 Потребитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (подпись) (Ф. И. О.)