

**Информированное добровольного согласия  
Потребителя (законного представителя Потребителя) на предоставление платных  
медицинских услуг (отказ от бесплатных медицинских услуг)**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. потребителя)

в рамках договора от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

о предоставлении платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в медицинском центре «Vonne Beauty» - (ООО «СТАР» - НН7814134790) (далее по тексту - Центр). При этом мне разъяснено следующее:

1. Я получил(а) от сотрудников Центра полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данном учреждении в рамках программы государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи и даю свое согласие на предоставление мне платных медицинских услуг.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько или целый комплекс платных медицинских услуг.
3. Мне разъяснено, и я полностью осознаю, что проводимое мне лечение не гарантирует 100% результат и что как при предоставлении медицинских услуг, так и после их предоставления, возможны различные осложнения, обусловленные индивидуальными биологическими особенностями организма.
4. Я полностью согласен(на) с тем, что используемая при моем лечении технология не может на 100% исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма даже в том случае, если предоставленная медицинская услуга была осуществлена с учетом всех необходимых требований.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения, я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Центра. Я уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего 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 моем состоянии.
6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения, и по согласованию с врачом были выбраны виды медицинских услуг, которые я желаю получить на платной основе.
7. Я ознакомлен(а) с действующим в Центре прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласен(на) оплатить стоимость медицинских(ой) услуг(и) в соответствии с ним в кассу учреждения здравоохранения либо безналичным перечислением на лицевой счет учреждения.
8. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания, могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанных(ой) медицинских(ой) услуг(и) в данном Центре.
9. Настоящий документ мною внимательно прочитан, претензий и замечаний не имеется, в связи, с чем я отказываюсь от бесплатной медицинской помощи и даю согласие на проведение платных медицинских(ой) услуг(и).

Потребитель \_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

Законный представитель Потребителя \_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

действующий на основании