

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Российский научный центр рентгенорадиологии»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Информированное добровольное согласие
на оказание/получение платных медицинских услуг**

Я, _____
года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____,
паспорт серия _____ № _____ выдан _____,
в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить в
федеральном государственном бюджетном учреждении «Российский научный
центр рентгенорадиологии» Министерства здравоохранения Российской
Федерации (ФГБУ «РНЦРР» Минздрава России, далее по тексту – Центр)
платные медицинские услуги.

Я ознакомлен(а):

- со ст. 41 Конституции Российской Федерации, дающей мне право получить медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений;
- со ст. 19, 84 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, в соответствии с которыми я имею право на получение медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации», а также имею право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по желанию при оказании медицинской помощи;
- с постановлением Правительства Российской Федерации от 30 мая 2026 г. № 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» в соответствии с которым медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации, имеют право предоставлять платные медицинские услуги на иных условиях, чем предусмотрено программами при самостоятельном обращении граждан за медицинской помощью, как в полном объеме стандарта медицинской помощи, так и в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, или оказываемом сверх установленного государственного задания;
- со ст. 44, 47 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ, ст.9 ФЗ «О защите персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ и добровольно даю согласие на ведение

персонифицированного учета сведений, необходимых для организации и оказания медицинской помощи мне, как Пациенту.

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о своих правах и обязанностях в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11. 2011 № 323-ФЗ, о стоимости услуг в соответствии с действующим Прейскурантом, условиях их оказания, перечень и стоимость медицинских услуг согласованы со мной.

Я ознакомлен(а) с Правилами предоставления платных медицинских услуг, а также с действующим Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденными в установленном порядке.

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о том, что в случае возражений и претензий по качеству полученных услуг, я должен(-а) сообщить об этом до момента окончательного расчета за оказанные медицинские услуги. В случае неполучения претензий, услуги считаются выполненными в полном объеме и с надлежащим качеством.

Я согласен(-а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны, добровольно даю свое согласие на обследование и лечение на возмездной основе за счет своих личных средств.

Пациент _____ / _____
(Ф.И.О. полностью и подпись)

Расписался в моем присутствии:
сотрудник РНЦРР _____ (подпись)