

Уведомление
о возможности получения медицинской помощи без взимания
платы в рамках программы государственных гарантий

г. Уфа

«___» _____ 2026 г.

Я, _____
(Ф.И.О. пациента полностью),

ознакомлен(а) с тем, что в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного предоставления гражданам медицинской помощи и территориальной программой ОМС Республики Башкортостан медицинская помощь, которую мне предлагают на платной основе, может быть предоставлена бесплатно:

Вид медицинской помощи	Срок ожидания в рамках ОМС	Порядок получения

(Заполняется сотрудником Госпиталя на основании территориальной программы ОМС)

Я информирован, что в соответствии с требованиями Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 29-32 Закона «О защите прав потребителей» (право на отказ, уменьшение цены, составление твердой или приблизительной сметы) имею свои права, до заключения договора о предоставлении платных услуг.

Я проинформирован(а) о своём праве: получить указанную помощь бесплатно по программе ОМС в установленные сроки, ознакомлен с программой до подписания договора по предоставлению по платным услугам, имею также право отказаться от заключения договора на платные услуги без уменьшения объема и видов бесплатной помощи.

Я принимаю решение (нужное подчеркнуть):

1. Заключить договор на платные услуги, осознавая, что мог(ла) получить эту помощь бесплатно по ОМС.
2. Отказаться от платных услуг и обратиться за бесплатной помощью по ОМС.

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских услуг с Госпиталем вне очереди и заключить договор на предоставление платных медицинских услуг по всем направлениям в Госпитале на платной основе за свой счет.

Подпись пациента: _____
подпись (Ф.И.О. расшифровать)

Подпись сотрудника Госпиталя: _____
(Ф.И.О., должность)

ДАТА И ВРЕМЯ _____ УВЕДОМЛЕН(НА) ДО ПОДПИСАНИЯ

ДОГОВОРА ПО ПЛАТНЫМ УСЛУГАМ _____
подпись