

# ООО Клиника «Эндостом»

**Общество с ограниченной ответственностью Клиника «Эндостом»**

125252, г. Москва, проезд Берёзовой Рощи,

дом 12, этаж 2, пом II, ком 5

Тел. +7 (916) 790-00-90

E-mail: [endostom@yandex.ru](mailto:endostom@yandex.ru)

ОКПО 19789562, ОГРН 5177746051599,

ИНН 7714416159 / КПП 771401001

Согласие  
на предоставление платных медицинских услуг  
и осуществление медицинских вмешательств  
в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта  
медицинской помощи

Я, \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании согласия законным представителем)

настоящим даю согласие на предоставление **ООО Клиника «Эндостом»** (адрес места нахождения юридического лица: 125252, г. Москва, проезд Берёзовой Рощи, д. 12, этаж 2, пом. II, ком 5., ИНН: 7714416159, ОГРН: 5177746051599) платных медицинских услуг и осуществление медицинских вмешательств в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Перед дачей данного согласия мне разъяснены положения п. 11 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006», согласно которому платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Пациента.

Пациент/законный представитель: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись пациента или его законного представителя ФИО

Дата оформления: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.