

**Общество с ограниченной ответственностью «КОММУС»
(ООО «КОММУС»)**

**Юридический адрес 140400 г. Коломна, ул. Гражданская, д. 4 т/факс 8 (496) 612-10-85
ОГРН 1035004262061
ИНН / КПП 5022033432 / 502201001**

УВЕДОМЛЕНИЕ

**о праве на получение медицинской помощи без взимания платы
в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и
территориальной программы государственных гарантий**

Настоящее уведомление доводится до сведения потребителя (заказчика) в наглядной и доступной форме на основании п. 7 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждённых постановлением Правительства Российской Федерации от 30 мая 2026 г. № 659, а также ст. 84 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1. Уважаемый пациент! Информировуем Вас о том, что Вы имеете право на получение соответствующих видов и объёмов медицинской помощи без взимания платы в рамках:

- программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее — программа государственных гарантий);
- территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее — территориальная программа), действующей в субъекте Российской Федерации.

Клиника ООО «КОММУС» является медицинской организацией частной системы здравоохранения и не участвует в реализации Территориальной программы; получить бесплатную медицинскую помощь по ОМС в Клинике невозможно, что не ограничивает права Пациента (Заказчика) обратиться в иную медицинскую организацию, участвующую в Территориальной программе.

2. Информацию о возможности получения бесплатной медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования Вы можете получить:

- в медицинской организации по месту прикрепления;
- в страховой медицинской организации, выдавшей полис ОМС;
- в территориальном фонде обязательного медицинского страхования;
- в органе исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

С информацией о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинской помощи без взимания платы ознакомлен(а). Отказ от бесплатной медицинской помощи и выбор платных медицинских услуг является моим (нашим) добровольным волеизъявлением.

Пациент (Заказчик): _____ / _____ /
(подпись) (фамилия, инициалы)

Законный представитель (Заказчик) (при наличии): _____ / _____ /
(подпись) (фамилия, инициалы)

« ____ » _____ 20 ____ г.