

В.о. генерального директора  
ДНП «Інститут серця МОЗ України»  
Тодурову Б.М.

\_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я та по батькові)

\_\_\_\_\_

(місце проживання)

\_\_\_\_\_

(серія та номер паспорту, ким видано, дата видачі)

\_\_\_\_\_

(номер мобільного телефону)

### ЗАЯВА

щодо надання додаткових послуг з медичного обслуговування населення, що можуть надаватися за плату від юридичних і фізичних осіб

Я, \_\_\_\_\_,  
[прізвище, ім'я, по батькові]

\_\_\_\_\_ [дата народження], прошу надати мені платні медичні послуги в ДНП «Інститут  
серця МОЗ України», а саме послугу «**Перебування в палаті із підвищеним рівнем комфорту та  
сервісу за самостійним вибором пацієнта**» на період з \_\_\_\_\_ [дата] по \_\_\_\_\_ [дата].

У відповідності до статей 18 та 38 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та Переліку випадків, за яких заклади охорони здоров'я державної та комунальної форми власності можуть надавати послуги з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 05.07.2024 р. № 781, прошу надати мені палату з наступними умовами:

Я ознайомлений(а) з переліком платних медичних послуг, що надаються в ДНП «Інститут серця МОЗ України», їх вартістю, зокрема вартістю послуги перебування в палаті із підвищеним рівнем комфорту та сервісу за самостійним вибором пацієнта, порядком оплати та іншими умовами надання платних послуг.

Я підтверджую, що моя згода на отримання платних медичних послуг є добровільною та інформованою.

\_\_\_\_\_

[Дата]

\_\_\_\_\_

[Підпис]

**Заклад не зобов'язаний задовольнити прохання пацієнта, якщо не має можливості надати послуги в зазначений час або з інших об'єктивних причин.**

В.о. генерального директора  
ДНП «Інститут серця МОЗ України»  
Тодурову Б.М.

\_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я та по батькові)

\_\_\_\_\_ (місце проживання)

\_\_\_\_\_ (серія та номер паспорту, ким видано, дата видачі)

\_\_\_\_\_ (номер мобільного телефону)

в інтересах (доньки/сина/особи, що перебуває під  
опікою або піклуванням)

\_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я та по батькові)

\_\_\_\_\_ (дата, місяць, рік народження)

на підставі \_\_\_\_\_

(свідоцтва про народження, рішення суду тощо)

\_\_\_\_\_ (серія, номер та дата видачі документу)

## ЗАЯВА

щодо надання додаткових послуг з медичного обслуговування населення, що можуть надаватися за плату від юридичних і фізичних осіб,

Я, \_\_\_\_\_,  
[прізвище, ім'я, по батькові, дата народження]

прошу надати платні медичні послуги в ДНП «Інститут серця МОЗ України», а саме послугу «Самостійний вибір лікуючого лікаря під час надання спеціалізованої медичної допомоги у плановому порядку у стаціонарних умовах».

У відповідності до статей 18 та 38 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та Переліку випадків, за яких заклади охорони здоров'я державної та комунальної форми власності можуть надавати послуги з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 05.07.2024 р. № 781, прошу призначити лікарем

\_\_\_\_\_ [прізвище, ім'я, по батькові лікаря]

\_\_\_\_\_ , для проведення моєї дитині \_\_\_\_\_

[посада лікаря]

[назва медичної послуги/втручання].

з \_\_\_\_\_ [дата].

Я ознайомлений(а) з переліком платних медичних послуг, що надаються в ДНП «Інститут серця МОЗ України», їх вартістю, зокрема вартістю послуги з вибору лікаря, порядком оплати та іншими умовами надання платних послуг.

Я підтверджую, що моя згода на отримання платних медичних послуг є добровільною та інформованою.

\_\_\_\_\_ [Дата]

\_\_\_\_\_ [Підпис]

Заклад не зобов'язаний задовольнити прохання пацієнта, якщо обраний лікар не має можливості надати послуги в зазначений час або з інших об'єктивних причин.

В.о. генерального директора  
ДНП «Інститут серця МОЗ України»  
Тодурову Б.М.

\_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я та по батькові)

\_\_\_\_\_ (місце проживання)

\_\_\_\_\_ (серія та номер паспорту, ким видано, дата видачі)

\_\_\_\_\_ (номер мобільного телефону)

### ЗАЯВА

щодо надання додаткових послуг з медичного обслуговування населення, що можуть надаватися за плату від юридичних і фізичних осіб,

Я, \_\_\_\_\_, [прізвище, ім'я, по батькові]

\_\_\_\_\_ [дата народження], прошу надати мені платні медичні послуги в ДНП «Інститут

серця МОЗ України», а саме послугу «Самостійний вибір лікуючого лікаря під час надання спеціалізованої медичної допомоги у плановому порядку у стаціонарних умовах».

У відповідності до статей 18 та 38 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та Переліку випадків, за яких заклади охорони здоров'я державної та комунальної форми власності можуть надавати послуги з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 05.07.2024 р. № 781, прошу призначити мені лікарем \_\_\_\_\_,

[прізвище, ім'я, по батькові лікаря]

\_\_\_\_\_ [посада лікаря], для проведення \_\_\_\_\_ [назва медичної послуги/втручання].

з \_\_\_\_\_ [дата].

Я ознайомлений(а) з переліком платних медичних послуг, що надаються в ДНП «Інститут серця МОЗ України», їх вартістю, зокрема вартістю послуги з вибору лікаря, порядком оплати та іншими умовами надання платних послуг.

Я підтверджую, що моя згода на отримання платних медичних послуг є добровільною та інформованою.

\_\_\_\_\_ [Дата]

\_\_\_\_\_ [Підпис]

**Заклад не зобов'язаний задовольнити прохання пацієнта, якщо обраний лікар не має можливості надати послуги в зазначений час або з інших об'єктивних причин.**