

Настоящая форма разработана в соответствии с положениями п. 36 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736

Главному врачу ГБУЗ ВО МЦЛФК И СМ

Зудиной Э.С.

от _____

(ФИО пациента)

(адрес проживания)

паспорт (серия, номер, кем и когда выдан)

Информированное добровольное согласие пациента на получение платных медицинских услуг

Я, _____, настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ГБУЗ ВО МЦЛФК И СМ.

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в том числе схожих медицинских услуг, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых ГБУЗ ВО МЦЛФК И СМ.

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с ГБУЗ ВО МЦЛФК И СМ.

Информацию до пациента довел:

(подпись, инициалы, фамилия врача, дата)

Пациент:

(подпись, инициалы, фамилия, дата)