

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

Руководителю ГБУ РО «Консультативно-диагностический центр»

Настевич Ю.А.

от [Ф. И. О. пациента]

адрес проживания [вписать нужное],

паспорт [серия, номер, кем и когда выдан]

Информированное добровольное согласие пациента на получение платных медицинских услуг

Я, [Ф. И. О. пациента], настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в [наименование медицинской организации].

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 [наименование медицинской организации].

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с [наименование медицинской организации].

Информацию до пациента довел:

[подпись, инициалы, фамилия врача]

[число, месяц, год]

Пациент: [подпись, инициалы, фамилия]

[число, месяц, год]