

Главному врачу ГБУЗ РБ Месягутовская ЦРБ
Д.И.Байтуллину

от _____
[Ф. И. О. пациента]

адрес проживания _____

паспорт _____

_____ [серия, номер, кем и когда выдан]

Информированное добровольное согласие пациента на получение платных медицинских услуг

Я, _____,
(ФИО пациента полностью)

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ГБУЗ РБ Месягутовская ЦРБ.

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 РБ Месягутовская ЦРБ.

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с ГБУЗ РБ Месягутовская ЦРБ.

Информацию до пациента довел:

[подпись, инициалы, фамилия врача]

[число, месяц, год]

Пациент:

[подпись, инициалы, фамилия]

[число, месяц, год]