

Приложение 2

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ
ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ОБУЗ ГКБ № 8

Я, _____

_____ (Ф.И.О. пациента или законного представителя ребенка)

Настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение в ОБУЗ
ГКБ № 8 по договору на оказание платных услуг от
«_____» _____ 201__ г. следующих платных медицинских услуг:

Мне разъяснен и понятен порядок получения медицинской помощи на территории Российской Федерации, а также я уведомлен(а) о возможности получения бесплатной медицинской помощи, предусмотренной программами обязательного медицинского страхования.

(подпись пациента или законного представителя пациента)

(подпись медицинского работника) (Ф.И.О.)

«_____» _____ 201__ г.