

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.