

от _____

Ф.И.О. пациента

адрес проживания _____,

паспорт серия _____ номер _____,

кем и когда выдан _____.

**Информированное добровольное согласие пациента
на получение платных медицинских услуг и заключение договора оказания платных медицинских услуг**

Я, _____
[Ф. И. О. пациента]

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ГБУЗ НО «Городская больница № 1 г. Дзержинска».

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 «Городская больница № 1 г. Дзержинска».

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с «Городская больница № 1 г. Дзержинска».

Информацию до пациента довел:

_____ Трушкина Е.Ю.

[подпись, инициалы ответственного лица]

[число, месяц, год]

Пациент: _____

[подпись, инициалы, фамилия]

[число, месяц, год]