

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я (ФИО) _____

ознакомлен(а) с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а).

Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи.

Я ознакомлен с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях.

Своей подписью я подтверждаю свое согласие на получение платных медицинских услуг в ГУЗ «Хилокская ЦРБ».

Дата _____ 20__ г.

Подпись _____