

Информированное добровольное согласие пациента на получение платных медицинских услуг

Я, _____ Ф. И. О. пациента, настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ФБУ Центр реабилитации СФР «Тараскуль».

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 ФБУ Центр реабилитации СФР «Тараскуль».

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских с ФБУ Центр реабилитации СФР «Тараскуль».

Информацию до пациента довел: _____ / _____
_____.2024

Пациент: _____ / _____
_____.2024