Главному врачу ГАУЗ «РКИБ»

М.Р.Гатауллину

От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[**Ф. И. О. пациента**]

**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 ГАУЗ «РКИБ».

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 ГАУЗ «РКИБ».

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с ГАУЗ «РКИБ».

V