

Приложение № 4
к Приказу №110 от «01» августа 2016 г.
«По организации оказания платных
медицинских услуг и услуг медицинского
сервиса в ОБУЗ «Гаврилово-Посадская ЦРБ»

Информированное добровольное согласие пациента
на предоставление медицинских услуг на платной основе.

На основании п. 1 ст. 84 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в
Российской Федерации»

я, _____

желаю получить платные медицинские услуги в

мне предоставлена информация о возможности и условиях предоставления
бесплатных медицинских услуг в рамках системы обязательного
медицинского страхования и Территориальной программы государственных
гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной
медицинской помощи на территории Ивановской области.

Даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг.
Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен (а) оплатить
стоимость медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных
средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим
законодательством.

_____ подпись пациента

« ____ » _____ 20 ____ г.