

СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я,

(Ф.И.О. пациента/представителя полностью)

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг по договору № _____ от "___" _____ 20__ года.

Мне разъяснено и понятно право пациента на получение платной медицинской помощи.

Настоящее согласие дано мной «___» _____ 20__ г.

Пациент

ФИО _____

паспорт серии _____ № _____ выдан _____

Подпись пациента/законного представителя/представителя

Реквизиты документа представителя пациента

*Примечание. Согласие оформляется в медицинской организации (в поликлинике, стационаре), а в случае экстренной госпитализации в вечернее и ночное время, выходные и праздничные дни - в приемном отделении стационара. Согласие оформляется в единственном экземпляре перед заключением с пациентом договора на оказание платных медицинских услуг и хранится вместе с экземпляром договора медицинской органи