

## 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 бесплатной медицинской помощи в объемах предусмотренных программой государственных гарантий.

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует бессрочно.

Пациент

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Паспорт

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

Подпись пациента/законного представителя/представителя

\_\_\_\_\_  
Реквизиты документа представителя пациента

\_\_\_\_\_