

Приложение № 1
к Правилам предоставления
платных медицинских услуг
ГУЗ Центр СПИД утвержденных
Приказом ГУЗ Центр СПИД
от 01.09.2023г № 02-02/69

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, гражданин (ка) _____
(ФИО, дата рождения)

(паспортные данные-серия и номер паспорта, когда и кем выдан)
Я, в доступной форме ознакомлен(а) Исполнителем о возможности получения соответствующей(их) медицинской(их) услуги(г) без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Подпись _____

Я, ознакомлен(на) и согласен(на) с условиями Договора об оказании платных медицинских услуг и изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских услуг с Государственным учреждением здравоохранения «Областной центр профилактики и борьбы со СПИД»

Подпись _____

Я, ознакомлен(на) с действующим прейскурантом и согласен(на) на осуществление оплаты в полном размере (в виде 100% предоплаты) стоимости оказываемых медицинских услуг при заключении договора об оказании платных медицинских услуг.

Подпись _____

Дата « _____ » _____ 20 _____ г.