

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я. _____

(Ф.И.О.гражданина либо законного представителя)

в рамках договора о предоставлении платных медицинских услуг, даю согласие на получение платных медицинских услуги в КГАУЗ «Канская МСП».

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

Я получил(а) от работников КГАУЗ «Канская МСП» полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в данном учреждении в рамках программы государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи на территории Красноярского края, даю свое согласие на предоставление платных медицинских услуг и готов их оплатить.

Мне разъяснено, что можно получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг. Я ознакомлен(а) с действующей Платой на платные медицинские услуги и согласен(на) оплатить стоимость медицинской(их) услуги(услуг) в соответствии с ней.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на предоставление платных медицинских услуг мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя)

(Подпись)

« ____ » _____ 2022 год

ОКОНЧАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ