



ПРЕДТВЕРЖДАЮ
 Главный врач
 ФГБУ «Поликлиника № 5»
 /Александрова Е.Б./

ФОРМА

Главному врачу
 ФГБУ «Поликлиника № 5»

от _____
 Паспорт серия, №: _____
 Выдан: _____

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
 НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я, _____,
 настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг.

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в объеме, предусмотренном Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии со ст.ст. 80, 81 Федерального закона Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года.

Находясь на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязуюсь соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организации.

Я проинформирован(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

 (фамилия, имя, отчество пациента собственноручно полностью, личная подпись)

Лечащий врач _____ (_____)

_____ г.
