

Главному врачу ГБУЗ ПК
«ГБ г. Соликамск»
А.В. Абрамишвили

ФИО _____
адрес проживания _____,
паспорт серия _____ № _____ выдан

**Информированное добровольное согласие пациента
на получение платных медицинских услуг**

Я, _____,
настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Пермского края «Городская больница г. Соликамск».

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в том числе схожих медицинских услуг, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания, и порядком оплаты медицинских услуг.

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с государственным бюджетным учреждением здравоохранения Пермского края «Городская больница г. Соликамск».

Пациент:

Дата _____