

Приложение 14 к приказу ГБУ «Надтеречная ЦРБ» от 15.04.2026 № 59

Главному врачу
Государственного бюджетного
учреждения «Надтеречная центральная
районная больница»

от **[Ф. И. О. пациента]**
адрес проживания **[вписать нужное]**,
паспорт **[серия, номер, кем и когда выдан]**

**Типовая форма информированного добровольного согласия пациента на получение платных
медицинских услуг**

Я, **[Ф. И. О. пациента]**, настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в Государственном бюджетном учреждении «Надтеречная центральная районная больница».

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, предоставляемых Государственным бюджетным учреждением «Надтеречная центральная районная больница».

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с Государственным бюджетным учреждением «Надтеречная центральная районная больница».

Информацию до пациента довел:
[подпись, инициалы, фамилия врача]
[число, месяц, год]

Пациент:
[подпись, инициалы, фамилия]
[число, месяц, год]