

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я

,

(Фамилия, имя, отчество)

информирован(а) об альтернативной возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я отказываюсь от бесплатного предоставления медицинских услуг, на выбранные мною из прейскуранта цен на медицинские услуги и подтверждаю свое желание на получение их за плату в Областном бюджетном учреждении здравоохранения «Курская областная клиническая больница скорой медицинской помощи» комитета здравоохранения Курской области, в соответствии с Договором на предоставление платных медицинских услуг.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых в Областном бюджетном учреждении здравоохранения «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» комитета здравоохранения Курской области

Потребитель _____ /
(подпись)

(дата)