

от _____

ФИО Потребителя(законного представителя)

адрес регистрации:

_____ данные об удостоверении личности.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

Потребителя (законного представителя)

на получение платных медицинских услуг

(в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и п. 36 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736)

Я, гражданин (ка) _____
настоящим подтверждаю своё добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в Клинике ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России.

Мне в доступной форме разъяснено и понятно моё право на получение бесплатных медицинских услуг, в том числе аналогичных 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, условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых Клиникой ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России и выражаю добровольное согласие на заключение с

Информацию до Потребителя (законного представителя) довл(а):

(Фамилия И.О. представителя Исполнителя, подпись, дата)

Потребитель (законный представитель):

(Фамилия И.О. Потребителя(законного представителя), подпись, дата)