

Руководителю ГБУЗ РЦПБ со СПИДом и ИЗ  
Р.Г. Яппарову

от \_\_\_\_\_

[Ф. И. О. пациента]

адрес проживания \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_

[серия, номер, кем и когда выдан]

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

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО пациента полностью)

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ГБУЗ РЦПБ со СПИДом и ИЗ.

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 ГБУЗ РЦПБ со СПИДом и ИЗ.

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с ГБУЗ РЦПБ со СПИДом и ИЗ.

#### **Информацию до пациента довел:**

\_\_\_\_\_  
[подпись, инициалы, фамилия врача]

\_\_\_\_\_  
[число, месяц, год]

#### **Пациент:**

\_\_\_\_\_  
[подпись, инициалы, фамилия]

\_\_\_\_\_  
[число, месяц, год]