

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач
ГБУЗ «ВОДКПБ»
_____ Л.Г.Раевская
от «__» _____ 20__ N__

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, гражданин(ка) _____

ознакомился (ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Волгоградской области», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а).

Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи.

Я ознакомлен с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях.

Своей подписью я подтверждаю свое желание на получение платных медицинских услуг в данной медицинской организации – государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница» (Центр психического здоровья детей и подростков), Волгоград.

Дата _____ 20__ г.

Подпись _____