

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ПЛАТНОЙ ОСНОВЕ**

На основании части 2 статьи 19, статьи 84 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 21.11.2011 № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736, я, _____, дата рождения _____, желаю получить платные медицинские услуги в ООО «ЭКМЕД», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

Я ознакомился (ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Удмуртской Республики», 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.

Получив от сотрудников ООО «ЭКМЕД» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

О входящих в оказываемый мне объем медицинской помощи услугах ознакомлен, с объемом медицинской помощи согласен.

Пациент:

Дата: _____ г. Подпись: _____

Подпись медицинского работника / _____ / _____