

**Информированное добровольное согласие
потребителя (заказчика)
на получение платных медицинских услуг**

Я, _____,
Ф. И. О. потребителя (заказчика)

адрес проживания: _____,

паспорт _____
серия, номер, кем и когда выдан

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в Государственном бюджетном учреждении Республики Марий Эл «Республиканский кожно-венерологический диспансер» (далее – ГБУ РМЭ «РКВД»).

Я информирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы 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 ГБУ РМЭ «РКВД».

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с ГБУ РМЭ «РКВД».

Потребитель (заказчик): _____
подпись, инициалы, фамилия

« ____ » _____ 20__ г.