**Приложение 1 к приказу № 20 ООО «КСТ-ДВ» «об утверждении форм документов по оказанию платных медицинских услуг» от 01.01.2017г.**

**Утверждаю**

**Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**В.А. Рыбкис 01.01.2017г.**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

**г. Хабаровск [дата оформления]**

До заключения договора на оказание платных медицинских услуг, я, гражданин(ка) [фамилия, имя, отчество] ознакомился (ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Хабаровском крае в текущем году, об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а). Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи. Я ознакомлен(а) 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 ООО «Клиника современных технологий-ДВ»

**Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**