

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ  
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА  
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры  
«СУРГУТСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г., « \_\_\_\_ » часов « \_\_\_\_ » минут

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента - полностью)

19 \_\_\_\_ года рождения, проживающая по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр».

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью)

паспорт: \_\_\_\_\_  
(серия, номер паспорта)

выдан: \_\_\_\_\_  
(наименование учреждения, выдавшего паспорт)

(дата выдачи паспорта)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

- мне (предоставляемому) согласно моей воле даны полные данные и всесторонние разъяснения о получении социально гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, предусмотренного законодательством Российской Федерации, Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и стандартами медицинской помощи.

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача