

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ МОДКТОБ
от «25» августа 2023 № 97
Приложение № 2
к договору на оказание платных медицинских услуг

Главному врачу
государственному бюджетному учреждению
здравоохранения Московской области
«Московская областная детская клиническая
травматолого-ортопедическая больница»
А. В. Григорьеву

от Потребителя (Пациента)

ФИО

адрес проживания

паспорт [серия, номер, кем и когда выдан]

**Информированное добровольное согласие Потребителя (пациента)
на получение платных медицинских услуг**

Я, _____,
являясь законным представителем (матерью, отцом), опекуном, попечителем _____

несовершеннолетнего _____ г.р.,
именуемого в дальнейшем Потребитель (Пациент),

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в отношении и в интересах Потребителя (Пациента) в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Московской области «Московская областная детская клиническая травматолого-ортопедическая больница».

Мне разъяснено и понятно мое право и право Потребителя (Пациента) на получение бесплатной медицинской помощи, в том числе схожих медицинских услуг, 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 государственным бюджетным учреждением здравоохранения Московской области «Московская областная детская клиническая травматолого-ортопедическая больница».

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с государственным бюджетным учреждением здравоохранения Московской области «Московская областная детская клиническая травматолого-ортопедическая больница».

Я предупрежден и проинформирован, что отказ от заключения договора на оказание платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Информацию до Потребителя (пациента) довел:

(подпись, инициалы, фамилия врача) (число, месяц, год)

Потребитель (пациент):

(подпись, инициалы, фамилия) (число, месяц, год)