

Федеральное государственное
бюджетное научное учреждение
«Иркутский научный центр хи-
рургии и травматологии»
(ИНЦХТ)

УТВЕРЖДАЮ

Врио директора ИНЦХТ

Сороковиков В.А.

27.01.2016 г.



ИНФОРМИРОВАННЫЙ ДОБРОВОЛЬНЫЙ ОТКАЗ ПАЦИЕНТА ОТ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БЕСПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

Я, _____
отказываюсь от возможности применения бесплатных для меня медицин-
ских изделий за счет государственных внебюджетных и бюджетных средств
в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий
бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской по-
мощи в Иркутской области и Генеральным соглашением о тарифах на меди-
цинские услуги, оказываемые учреждениями здравоохранения в системе обя-
зательного медицинского страхования Иркутской области.

Я ознакомлен с информацией о возможности и порядке получения ме-
дицинских услуг в ИНЦХТ

(указать какой) на бесплатной основе.

Я ознакомлен с тем, что могу получить аналогичную медицинскую по-
мощь в других медицинских учреждениях на других условиях.

Своей подписью я подтверждаю свое желание на использование меди-
цинских изделий (при необходимости указать каких имен-
но) _____
на платной основе при предоставлении мне медицинских услуг.

Дата _____ 20 г.

Подпись _____