

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

УТВЕРЖДАЮ
Врио директора ИНЦХТ

Сороковиков В.А.

27.01.2016 г.



ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, _____

ознакомился (ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Иркутской области» на текущий год, об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а).

Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи.

Я ознакомлен 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 ИНЦХТ.

Дата _____ 20__ г.

Подпись _____