

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, Иванова Антонина Ивановна

(Фамилия, имя, отчество)

информирован(а) об альтернативной возможности получения медицинской помощи бесплатно в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве и о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Медицинской организации (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я отказываюсь от бесплатного предоставления медицинских услуг, на выбранные мною из прейскуранта цен на медицинские услуги, которые указаны в счете на оплату и подтверждаю свое желание на получение их за плату в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени В.П. Демихова Департамента здравоохранения города Москвы» в соответствии с Договором на предоставление платных медицинских услуг.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых в ГБУЗ «ГКБ имени В.П. Демихова ДЗМ»

Пациент _____ / **Иванова А.И.**
(подпись)

19.02.2020 г.
(дата)