

Главному врачу  
государственного бюджетного учреждения здравоохранения  
«Камчатский краевой противотуберкулезный диспансер»  
А.В. Громову

от \_\_\_\_\_ [Ф. И. О. пациента]  
адрес проживания \_\_\_\_\_ [вписать нужное],  
паспорт \_\_\_\_\_ [серия, номер, кем и когда выдан]

### Информированное добровольное согласие потребителя на получение платных медицинских услуг

Я, заказчик, потребитель \_\_\_\_\_  
[Ф. И. О. потребителя],

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Камчатский краевой противотуберкулезный диспансер» (далее – исполнитель, Учреждение).

Мне разъяснено и понятно мое право 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 в Учреждении.

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с Учреждением.

Я уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Информацию до потребителя довел:

\_\_\_\_\_  
[подпись, инициалы, фамилия должностного лица]

\_\_\_\_\_  
[число, месяц, год]

Потребитель:

\_\_\_\_\_  
[подпись, инициалы, фамилия]

\_\_\_\_\_  
[число, месяц, год]