
(наименование медицинской организации)
адрес: _____

от _____
(Ф.И.О. пациента)
паспорт: серия _____ N _____,
выдан _____
_____ " _____ Г.,
адрес: _____,
телефон: _____

**Заявление
о согласии на получение дополнительных
платных медицинских услуг**

Я, _____ (указать Ф.И.О., дату рождения), пациент
_____ (указать наименование медицинской организации), карта пациента
N _____, в рамках Договора на предоставление платных медицинских услуг от " _____ "
_____ г. N _____ заявляю о согласии на получение и оплату дополнительных платных медицинских
услуг в _____ (указать наименование медицинской организации), а именно:
_____ (указать вид(ы) медицинских услуг), при
этом:

1. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов платных медицинских услуг.

2. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все рекомендации и назначения медицинских работников, соблюдать правила внутреннего распорядка и режим работы медицинской организации.

3. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных платных медицинских услуг, которые я хочу получить в _____ (указать наименование медицинской организации), и согласен(на) оплатить лечение: _____.

4. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной(ых) медицинской(их) услуги в соответствии с ним.

5. Виды выбранных мною дополнительных платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в сумме _____ (_____) рублей.

6. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания я могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в _____ (указать наименование медицинской организации).

7. Я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов дополнительных медицинских услуг и даю согласие на их применение.

" _____ " _____ Г.

_____/_____ (подпись/Ф.И.О.)