Приложение № 5

Утвержден
приказом
Министерства здравоохранения
Республики Тыва
от «22 мая 2018» 2018 г. № 625

СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ*

Я,_____
(Ф.И.О. пациента/представителя полностью)

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг по договору № _____ от "__" _____ 20_ года.
Мне разъяснено и понятно право пациента на получение бесплатной медицинской помощи, в объемах предусмотренных программой государственных гарантий.
Настоящее согласие дано мной «____»_____20___г. и действует бессрочно.

Пациент
ФИО_____
паспорт серии_____ №_____выдан_____
_____

Подпись пациента/законного представителя/представителя
_____

Реквизиты документа представителя пациента
_____
_____
_____
_____

*Примечание. Согласие оформляется в медицинской организации (в поликлинике, стационаре), а в случае экстренной госпитализации в вечернее и ночное время, выходные и праздничные дни - в приемном отделении стационара. Согласие оформляется в единственном экземпляре перед заключением с пациентом договора на оказание платных медицинских услуг и хранится вместе с экземпляром договора медицинской организации.