

# ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

на предоставление медицинских услуг на платной основе

Главному врачу ГАУЗ АО «АОНД»

Л.Б.Рыбальченко

«24» июля 2018 г.

На основании пункта 7 статьи 30 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан я, **АБАБКОВ ВИКТОР АЛЕКСАНДРОВИЧ** желаю получить платные медицинские услуги в ГАУЗ АО «АОНД».

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых диагностических мероприятиях, обследованиях, консультациях.

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Информацию до пациента довел:

\_\_\_\_\_ (должность, ФИО)

\_\_\_\_\_ (подпись врача)

\_\_\_\_\_ (подпись пациента)

Настоящее согласие дано мной **30 июля 2019 г.** и действует бессрочно.  
\_\_\_\_\_ (подпись субъекта персональных данных)