

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, гражданин (ка)

---

ознакомился (ась) с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Хакасия на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов (утв. [постановлением](#) Правительства Республики Хакасия от 30 декабря 2019 г. № 718), об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован (а).

Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи.

Своей подписью я подтверждаю свое желание на получение платных медицинских услуг в медицинской организации ГБУЗ РХ «РКПЦ».

Дата \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_ ».