

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ****Я,**

---

*(Фамилия, имя, отчество)*

информирован(а) об альтернативной возможности получения медицинской помощи бесплатно в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве и о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Медицинской организации (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я отказываюсь от бесплатного предоставления медицинских услуг, на выбранные мною из прейскуранта цен на медицинские услуги, которые указаны в счете на оплату и подтверждаю свое желание на получение их за плату в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 68 Департамента здравоохранения города Москвы» в соответствии с Договором на предоставление платных медицинских услуг.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых в ГБУЗ «ГКБ № 68 ДЗМ»

Пациент \_\_\_\_\_ /  
*(подпись)*

\_\_\_\_\_ .2015 г.  
*(дата)*