

Приложение №1 к Правилам  
оказания ПМУ в ГБУЗ «ГКБ №31 ДЗМ»

**«Информированное согласие пациента на получение платных медицинских услуг в  
ГБУЗ «ГКБ №31 ДЗМ»**

Главному врачу ГБУЗ «ГКБ №31 ДЗМ»  
Ефремовой Н.М.  
от пациента \_\_\_\_\_ (ФИО)  
проживающего по адресу \_\_\_\_\_

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_ (ФИО)  
настоящим подтверждаю своё добровольное согласие на получение платных медицинских услуг.

Мне разъяснено и понятно моё право на получение бесплатной медицинской помощи, в объёмах предусмотренных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Постановлением Правительства города Москвы №1011-ПП от 14.12.2017 года и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика).

Пациент \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_г.

Приложение №1 к Правилам  
оказания ПМУ в ГБУЗ «ГКБ №31 ДЗМ»

**«Информированное согласие пациента на получение платных медицинских услуг в  
ГБУЗ «ГКБ №31 ДЗМ»**

Главному врачу ГБУЗ «ГКБ №31 ДЗМ»  
Ефремовой Н.М.  
от пациента \_\_\_\_\_ (ФИО)  
проживающего по адресу \_\_\_\_\_

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_ (ФИО)  
настоящим подтверждаю своё добровольное согласие на получение платных медицинских услуг.

Мне разъяснено и понятно моё право на получение бесплатной медицинской помощи, в объёмах предусмотренных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Постановлением Правительства города Москвы №1011-ПП от 14.12.2017 года и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика).

Пациент \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_г.