

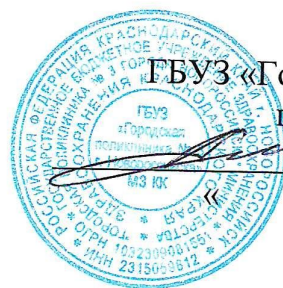
УТВЕРЖДАЮ

Главный врач

ГБУЗ «Городская поликлиника № 3
г. Новороссийска» МЗ КК

Иванчишин Л.А.

» _____ 2019 год



ИНФОРМИРОВАННЫЙ ДОБРОВОЛЬНЫЙ ОТКАЗ ПАЦИЕНТА ОТ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БЕСПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

Я, гражданин(ка)

Отказываюсь от возможности применения бесплатных для меня медицинских изделий (*при необходимости указать каких именно*) за счет государственных внебюджетных и бюджетных средств в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в _____ области (крае, республике) и Генеральным соглашением о тарифах на медицинские услуги, оказываемые учреждениями здравоохранения в системе обязательного медицинского страхования _____ области (крае, республики).

Я ознакомлен с информацией о возможности и порядке получения медицинских услуг в медицинской организации _____ (*указать какой*) на бесплатной основе.

Я ознакомлен с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь в других медицинских учреждениях на других условиях.

Своей подписью я подтверждаю свое желание на использование медицинских изделий (*при необходимости указать каких именно*) _____ на платной основе при предоставлении мне медицинских услуг.

Дата _____ 20 г.

Подпись _____