

Информированное добровольное согласие  
на получение платных медицинских услуг  
в ООО «Жемчужинка»

Я,  
(Ф.И.О.) \_\_\_\_\_

дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г. ,  
зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо его законного представителя)

в доступной форме осведомлѐн(а) о возможности получения бесплатно соответствующих видов и объѐмов медицинской помощи в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, но принимаю решение получить услуги на платной основе в ООО «Жемчужинка».

Дата \_\_\_\_\_

Личная подпись \_\_\_\_\_