

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ  
ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ОБУЗ "Родильный дом № 4"**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или законного представителя ребенка)

Настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение в ОБУЗ "Родильный дом № 4" по договору на оказание платных услуг от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. следующих платных медицинских услуг:

Мне разъяснен и понятен порядок получения медицинской помощи на территории Российской Федерации, а также я уведомлен(а) о возможности получения бесплатной медицинской помощи, предусмотренной программами обязательного медицинского страхования.

\_\_\_\_\_  
(подпись пациента или законного представителя пациента)

\_\_\_\_\_  
(подпись медицинского работника) (Ф.И.О.)  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.