

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на предоставление платных медицинских услуг**

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

Даю добровольное согласие на внесение оплаты по договору на оказание платных медицинских услуг при заключении договора

Подпись _____

1. Внимательно ознакомился с информацией, касающейся оказываемой Исполнителем услуги, в том числе об адресе места нахождения юридического лица, регистрационных документах, о лицензии на осуществление медицинской деятельности с перечнем услуг, перечнем платных услуг с указанием цен, режиме и правилах работы медицинской организации, об адресах и телефонах органов власти в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, - путем прочтения на информационных стендах (стойках), и информацией об ожидаемых результатах, возможных осложнениях.

Подпись _____

2. Внимательно ознакомился с информацией, о возможности и условиях предоставления медицинских услуг оказываемых Исполнителем в рамках программ государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи.

Подпись _____

3. В соответствии со ст. 9 Федерального закона «О персональных данных» № 152-ФЗ даю свое согласие на обработку ГБУЗ СО «Североуральская ЦГБ» моих персональных данных.

Подпись _____