

к приказу ФГАУ «НМИЦ «МНТК
Микрохирургия глаза» им. акад.
С.Н. Федорова» Минздрава России
от «23» 08 2023 № 198

От Пациента (законного представителя Пациента) _____
(Ф.И.О.)

Медицинская карта амбулаторного больного № _____

З А Я В Л Е Н И Е

Я, Пациент _____,
(Ф.И.О. пациента либо его законного представителя)

изъявляю добровольное желание получить платные медицинские услуги в ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее - Учреждение).

При этом мне разъяснено, что на основании статьи 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги в том числе на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, поэтому, я готов(а) получить отдельные медицинские услуги

_____ (наименование медицинских услуг)

не включенные в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденную постановлением Правительства Российской Федерации, и в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи города (области) _____, на платной основе.

Я ознакомлен с действующим прейскурантом на эти услуги и согласен оплатить стоимость указанных медицинских услуг в соответствии с ним.

Вид выбранных мною платных медицинских услуг согласован с врачом, и я Пациент (законный представитель Пациента) даю свое добровольное согласие на их оплату.

Настоящее заявление подписано мною на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы.

Пациент (законный представитель Пациента) _____
(подпись) (расшифровка подписи)

« ____ » _____ 20 ____ г.