

Приложение №4  
К Пользовательскому соглашению

Главному врачу  
ФГБУЗ КБ № 85 ФМБА России

от [Ф. И. О. пациента]  
адрес проживания [вписать нужное],  
паспорт [серия, номер, кем и когда выдан]

**Информированное добровольное согласие пациента на получение  
платных медицинских услуг**

Я, [Ф. И. О. пациента], настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в **ФГБУЗ КБ № 85 ФМБА России**. Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в том числе схожих медицинских услуг, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых **ФГБУЗ КБ № 85 ФМБА России**.

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских услуг с **ФГБУЗ КБ № 85 ФМБА России**.

Информацию до пациента довел:

[подпись, инициалы, фамилия врача]

[число, месяц, год]

Пациент:

[подпись, инициалы, фамилия]

[число, месяц, год]