

Приложение № 3
к Договору на оказание платных
медицинских услуг в ГБУ «РВФД» Минздрава КБР
от « » 2018г. №
ГБУ «РВФД» Минздрава КБР

от _____ ,
(Ф.И.О. пациента)
проживающего (ей) по адресу

ЗАЯВЛЕНИЕ

на оказание платных медицинских услуг

Прошу оказать мне платные медицинские услуги. Настоящим подтверждаю, что я
проинформирован (а) медицинским работником ГБУ «РВФД» Минздрава КБР

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

о возможности получения мной (моим работником) на безвозмездной основе (нужное
подчеркнуть) медицинской услуги _____

(наименование медицинских услуг)

в плановом порядке « » 20 года в рамках Программы государственных
гарантий, оказываемых гражданам КБР в ГБУ «РВФД» Минздрава КБР бесплатной
медицинской помощи за счет средств бюджета КБР

подпись потребителя (пациента)

подпись медицинского работника

Кроме того, я проинформирован(а) медицинским работником ГБУ «РВФД» Минздрава КБР

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

о возможности получения мной (моим ребенком) платной медицинской услуги
(нужное подчеркнуть)

(наименование медицинских услуг)

« » 20 года согласно «Прейскуранта» на платные медицинские услуги,
утвержденного « » 20 года, вне порядка и условий, установленных
Государственных гарантий оказания гражданам КБР бесплатной медицинской помощи в ГБУ
«РВФД» Минздрава КБР за счет бюджета КБР.

Подпись медицинского работника _____

Подпись пациента _____

Сохранив возможность получения медицинских услуг на безвозмездной и платной основе, я
добровольно и сознательно выбираю указанные выше платные медицинские услуги.

Подпись пациента _____

Mecce