

Согласие¹

Я, _____,
(Фамилия, имя, отчество Потребителя/Заказчика полностью)

на основании п. 11 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, даю письменное согласие на оказание платных медицинских услуг **(отметить нужное):**

- в полном объеме стандарта медицинской помощи
- в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств
- в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи

Я ознакомлен (-а) с действующим прейскурантом цен Исполнителя и согласен (-на) оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с ним.

(подпись) (Фамилия, имя, отчество Потребителя/Заказчика полностью)

« _____ » _____ 20 _____ г. (дата оформления)

¹ В соответствии с п. 11 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. № 736