

## СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я. \_\_\_\_\_, проинформирован, о том, что  
услугу \_\_\_\_\_ я могу получить бесплатно в течение  
\_\_\_\_\_.

При этом я согласен на заключение договора на оказание платной услуги:  
\_\_\_\_\_ в течение  
\_\_\_\_\_, о стоимости услуги проинформирован до заключения договора

\_\_\_\_\_  
(роспись) \_\_\_\_\_ Ф.И.О.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.