

Приложение №2 к договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____

**Добровольное информированное согласие на получение
платных медицинских услуг**

Я, нижеподписавшийся _____

подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ООО «Виктория – Инком – Коммерц» свидетельство о государственной регистрации юридического лица серии 50 № 010882009 выдано 21.01.2010 Межрайонной Инспекцией Федеральной Налоговой Службы № 11 по Московской области, ОГРН 1105043000138, лицензия № ЛО-50-01-006809 выдана 15.07.2015 г. Министерством Здравоохранения Московской области. Мне разъяснен порядок получения соответствующей медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Я ознакомлен с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях.

Подпись пациента _____ /ФИО/ _____ /