Приложение № 1

к Договору № от **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Добровольное информированное согласие**

 Я, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,

 - в доступной мне форме проинформирован(а) сотрудниками ГБУЗ «ДГП № 38 ДЗМ» о возможности получения медицинской помощи (медицинских услуг) без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи;

 - выражаю свое желание и согласие на получение платной медицинской помощи в иных условиях, чем предусмотрено указанной выше программой государственных гарантий, в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг;

 - в доступной мне форме проинформирован(а) сотрудниками ГБУЗ «ДГП № 38 ДЗМ» о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) сотрудников ГБУЗ «ДГП № 38 ДЗМ», в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставленной Пациенту платной медицинской помощи (медицинской услуги), повлечь за собой невозможность ее завершения в сроки или отрицательно сказаться на состоянии Пациента.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**/

**"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.**