УВЕДОМЛЕНИЕ
О ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
БЕЗ ВЗИМАНИЯ ПЛАТЫ

г.Одинцово «____»_____20_____г.

Я, _____
ФИО, полностью
ознакомлен(а) с тем, что в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой ОМС_____ (наименование субъекта РФ) медицинская помощь, которую мне предлагают на платной основе, может быть оказана бесплатно:

Вид медицинской помощи	Срок ожидания в рамках ОМС	Порядок получения

(Заполняется сотрудником клиники на основании территориальной программы ОМС)

Я проинформирован(а) о своём праве: получить указанную помощь бесплатно в установленные сроки; отказаться от заключения договора на платные услуги без уменьшения объёма и видов бесплатной помощи.

Я принимаю решение (нужное подчеркнуть):

А. Заключить договор на платные услуги, осознавая, что мог(ла) получить эту помощь бесплатно по ОМС.

Б. Отказаться от платных услуг и обратиться за бесплатной помощью по ОМС.

Подпись пациента: _____

Подпись сотрудника клиники: _____
ФИО, должность