

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, \_\_\_\_\_

Информирован(а) о возможности получения и условиях предоставления бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания населению города Москвы бесплатной медицинской помощи **на 2023 год**. Я уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

**Мною добровольно, без какого-либо принуждения, выбраны виды медицинских услуг, которые я хочу получить в Учреждении и согласен(на) их оплатить.**

Я, в соответствии со ст. 9 ФЗ «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое Согласие на обработку данных; передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Пациент \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, \_\_\_\_\_

Информирован(а) о возможности получения и условиях предоставления бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания населению города Москвы бесплатной медицинской помощи **на 2023 год**. Я уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

**Мною добровольно, без какого-либо принуждения, выбраны виды медицинских услуг, которые я хочу получить в Учреждении и согласен(на) их оплатить.**

Я, в соответствии со ст. 9 ФЗ «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое Согласие на обработку данных; передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Пациент \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, \_\_\_\_\_

Информирован(а) о возможности получения и условиях предоставления бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания населению города Москвы бесплатной медицинской помощи **на 2023 год**. Я уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

**Мною добровольно, без какого-либо принуждения, выбраны виды медицинских услуг, которые я хочу получить в Учреждении и согласен(на) их оплатить.**

Я, в соответствии со ст. 9 ФЗ «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое Согласие на обработку данных; передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Пациент \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_