

ООО «Стоматология Улыбка»
адрес: 155912, Ивановская область, г. Шуя, ул. 2-я Школьная, д. 8

от _____
(Ф.И.О. пациента)
паспорт: серия _____ № _____,
выдан _____
_____ " _____ " _____ Г.,
адрес: _____,
телефон: _____

**Заявление
о согласии на получение дополнительных
платных медицинских услуг**

Я, _____
(указать Ф.И.О., дату рождения),
пациент ООО «Стоматология Улыбка», карта пациента № _____, в рамках
Договора об оказании платных медицинских услуг от " _____ " _____ г. №
_____, заявляю о согласии на получение и оплату дополнительных платных
медицинских услуг в ООО «Стоматология Улыбка», а именно:

(указать вид(ы) медицинских услуг)

при этом:

1. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

2. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

3. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной(ых) медицинской(их) услуги в соответствии с ним.

4. Виды выбранных мною дополнительных платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в сумме _____
(_____) рублей.

5. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания я могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ООО «Стоматология Улыбка».

6. Я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов дополнительных медицинских услуг и даю согласие на их применение.

" _____ " _____ Г.

_____/ _____ (подпись/Ф.И.О.)