

Приложение № 4 к «Положению о порядке оказания платных услуг в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Приморско-Ахтарская центральная районная больница им. Кравченко Н.Г.» Министерства здравоохранения Краснодарского края»

**Образец согласия на осуществление отдельных консультаций
(дополнительных платных медицинских услуг)**

Согласие на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, **превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи**

Настоящим _____

(Ф. И. О. потребителя)

подтверждает согласование следующего объема платных медицинских услуг:

(наименование услуг)

дата

подпись