|  |
| --- |
| Главному врачу ГБУЗ «Областной перинатальный центр»  Ю.А. Семёнову |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

(фамилия, имя, отчество полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения,

являясь гражданкой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

не подлежащей обязательному медицинскому страхованию и оказанию бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению в Челябинской области прошу принять меня на стационарное лечение в ГБУЗ «Областной перинатальный центр» на платной основе.

Даю свое добровольное согласие на оказание мне медицинской помощи на платной основе. Со стоимостью платных медицинских услуг, одного койко-дня лечения в стационаре ознакомлена, обязуюсь оплатить все оказанные мне медицинские услуги и все время пребывания в полном объеме не позднее дня выписки из стационара.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| подпись |  | фамилия, инициалы |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | 20\_\_\_\_ г. |