



Киришская стоматологическая поликлиника

**ИНФОРМИРОВАННОЕ
ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПЛАТНОЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

информирован лечащим врачом-ортодонтом Судовиковой А.Н.
о том, что ребенок:

_____ (Ф.И.О. ребенка)

« ____ » _____ г. рождения, законным представителем

которого я являюсь, имеет право получить специализированную ортодонтическую стоматологическую помощь в Ленинградском областном государственном предприятии «Киришская стоматологическая поликлиника» по Территориальной программе обязательного медицинского страхования, то есть по полису ОМС.

Я отказываюсь от лечения по ТП ОМС и согласн(а) на платное ортодонтическое лечение моего ребенка.

_____ (подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

« ____ » _____ 20 г.
(дата оформления)



Киришская стоматологическая поликлиника

**ИНФОРМИРОВАННОЕ
ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПЛАТНОЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

информирован лечащим врачом-ортодонтом Судовиковой А.Н.
о том, что ребенок:

_____ (Ф.И.О. ребенка)

« ____ » _____ г. рождения, законным представителем

которого я являюсь, имеет право получить специализированную ортодонтическую стоматологическую помощь в Ленинградском областном государственном предприятии «Киришская стоматологическая поликлиника» по Территориальной программе обязательного медицинского страхования, то есть по полису ОМС.

Я отказываюсь от лечения по ТП ОМС и согласн(а) на платное ортодонтическое лечение моего ребенка.

_____ (подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

« ____ » _____ 20 г.
(дата оформления)