Информированное добровольное согласие на оказание платных медицинских услуг

Я,_____, карта пациента №_____,
Паспорт: серия_____№_____, выдан_____
«____»_____20__г., адрес регистрации:_____
в рамках договора об оказании платных услуг желаю получить в ООО «АртДент» платные услуги и даю свое согласие:
1. Я получил от сотрудников ООО «АртДент» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных услуг и готов их оплатить.
2. Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость оказанных услуг в соответствии с ним.

_____ «____»_____20__г.
(подпись)