

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ**  
краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«АЛТАЙСКИЙ КРАЕВОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР ДЛЯ ДЕТЕЙ»  
ИНН2225053679 ОГРН1022201774385  
**656045, г. Барнаул, ул. Змеиногорский тракт, 69, тел/факс. 685862**

656045, Алтайский край, г. Барнаул,  
Змеиногорский тракт, 69  
КГБУЗ «Алтайский краевой  
психоневрологический диспансер для детей»  
И. о.главного врача  
Л. Н. Владыкиной

от \_\_\_\_\_,  
зарегистрированного по адресу:

телефон: \_\_\_\_\_

**Согласие**

Я \_\_\_\_\_,

данные документа удостоверяющего личность:

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

код подразделения: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

дата выдачи : \_\_\_\_\_

Выдан: \_\_\_\_\_

Даю добровольное согласие на заключение моим -(ей) \_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_,

данные документа удостоверяющего личность:

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

код подразделения: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

дата выдачи : \_\_\_\_\_

Выдан: \_\_\_\_\_

с КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей» *договора предоставления платных медицинских услуг*, в отношении услуг: *профилактический прием (осмотр, консультация) врача-детского психиатра* в количестве   1   одна \_\_\_\_\_ штука,

А также, на оплату стоимости платных медицинских услуг, оказываемых в соответствии с вышеуказанным договором *предоставления платных медицинских услуг*, наличных денежных средств в сумме: 380-00 триста восемьдесят рублей ноль ноль копеек.

Дата \_\_\_\_\_

Роспись \_\_\_\_\_