

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: 530-00 пятьсот тридцать рублей ноль копеек.

Дата _____

Роспись _____