

**Информирование о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью)

**информирован** о возможности получения мною бесплатно медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС),

Я информирован, что ООО «Эм Эр Ай Клиник» участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по МРТ, остальные услуги оказывает платно.

Подпись \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.