



**ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ НА ПАЦИЕНТА
за платените услуги в “КОЦ - ШУМЕН” ЕООД
и реда за тяхното заплащане**

От.....

/трите имена на пациента/

ЕГН адрес:

Тел

С настоящето потвърждавам, че съм информиран/а/ предварително за цените на платените услуги и реда за тяхното заплащане в "Комплексен онкологичен център - Шумен " ЕООД, съгласно ценоразписа на лечебното заведение.

**ЗАЯВЯВАМ, ЧЕ ИНФОРМАЦИЯТА ЗА ЦЕНИТЕ И РЕДА ЗА ТЯХНОТО
ЗАПЛАЩАНЕ ПРОЧЕТОХ И МИ БЕ РАЗЯСНЕНА .**

Подпис на пациента:

(или законен представител)