|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору КНП «Зразківська міська лікарня»Костянтину ДОБРОДІЮ*Вибагливого Василя Михайловича,*зареєстрованого за адресою: *вул. Будівельників, буд. 13, кв. 27, м. Зразків;*тел.: *+38 066 230 22 33*Паспорт: *серія МЕ № 654321,**виданий Зразківським РУ ГУ МВС України в Зразківській області 20.09.1999*РНОКПП: *2237549345*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_            інформація про страхову компанію (за наявності) |

**ЗАЯВА**

Я, Вибагливий Василь Михайлович, 20 серпня 1983 р. н., прошу надати мені послуги з медичного обслуговування населення за плату в КНП «Зразківська міська лікарня», зокрема послугу з перебування в палаті підвищеного комфорту на період з 27 лютого 2025 р. до 03 березня 2025 р.

Відповідно до статті 38 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров’я» від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII та постанови КМУ від 05 липня 2024 р. № 781, прошу надати мені одномісну палату з такими умовами:

більша площа палати;

* окремий санвузол;
* телевізор, холодильник, кондиціонер;
* додаткові меблі — крісла, диван;
* доступ до Wi-Fi;
* покращене харчування;
* індивідуальний пост медичної сестри.

Я ознайомлений із переліком послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб, що надає КНП «Зразківська міська лікарня», їхньою вартістю, зокрема вартістю перебування в палаті підвищеного комфорту, та порядком оплати.

Я підтверджую, що моя згода на отримання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб є добровільною та інформованою.

27.02.2025 *Вибагливий*

**Примітка.** Заклад не зобов’язаний задовольнити прохання пацієнта, якщо не має змоги надати послуги в зазначений час або з інших об’єктивних причин.