

УВЕДОМЛЕНИЕ

Я, _____
(Ф.И.О. пациента, законного представителя)

до заключения договора о предоставлении платных медицинских услуг в письменной форме уведомлен (а) Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского учреждения (медицинского работника) предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Также до заключения договора я информирован (при наличии полиса ОМС) о возможности получения соответствующих видов объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий оказания медицинской помощи, и (или) финансируемых за счет средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования и согласен получить данную услугу на платной основе, я ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, стоимостью и правилами их предоставления.

Экземпляр уведомления в письменной форме до заключения договора получил:

(Ф.И.О., дата, подпись)

«__» _____ 20__ год.