

УВЕДОМЛЕНИЕ

Я,

(Ф.И.О.полностью)

_____ года рождения, зарегистрированный (-ая) по
адресу _____

уведомлен, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского
работник, 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.

Для лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____

(Ф.И.О.полностью)

паспорт _____, выдан _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
ребенка или лица, признанного недееспособным:

(ф.и.о. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

Дата _____

Подпись пациента/ законного представителя