**Уведомление**

**Уважаемый (ая)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Уведомляем Вас, о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (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.**

**(Постановление Правительства РФ от 4 октября 2012г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **(** |  | **)** |
| **подпись** |  | **Расшифровка подписи** |  |
|  |  |  |  |
|  **Дата** |  |  | **20\_\_ год.** |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Уведомление**

**Уважаемый (ая)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Уведомляем Вас, о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (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.**

**(Постановление Правительства РФ от 4 октября 2012г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **(** |  | **)** |
| **подпись** |  | **Расшифровка подписи** |  |
|  |  |  |  |
|  **Дата** |  |  | **20\_\_ год.** |  |