

Уведомление к договору оказания платных медицинских услуг

В доступной для меня форме мне разъяснено о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников, предоставляющих платные медицинские услуги), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемых платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

ФИО _____ подпись _____

Дата _____

Копия верна:
Дата 31.08.2023
Подпись [подпись]

