

Кому:	ФИО пациента Дата рождения Паспортные данные Адрес места жительства пациента

**УВЕДОМЛЕНИЕ
О НЕСОБЛЮДЕНИИ НАЗНАЧЕНИЙ (РЕКОМЕНДАЦИЙ) ВРАЧА
ПРИ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Настоящим Медицинская организация (*наименование*) _____ уведомляет пациента (*ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес места жительства*) _____ о том, что при оказании платной медицинской услуги _____ (*наименование услуги*), несоблюдение назначений (рекомендаций) исполнителя, врача (медицинского работника) (*указать ФИО, должность специалиста*) _____, оказывающего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, кратности, дозировок, сроков приема лекарственных препаратов, иное (*указать, что именно*) _____ могут снизить качество оказываемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

Должность, ФИО, подпись ответственного лица
Медицинской организации _____

Дата получения _____

Подпись пациента _____ / _____
ФИО полностью собственноручно