

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт (серия, номер) \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_

законный представитель моего ребенка или лица, признанного недееспособным \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

**Уведомление к договору на предоставление платных медицинских услуг**

В соответствии с Постановления Правительства РФ от 11.05.23 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства РФ и признании утратившим силу постановления Правительства РФ от 4 октября 2012г. №1006»

ГБУЗ Архангельской области «Новодвинская городская центральная больница» уведомляет Вас о том, что несоблюдение врачебных рекомендаций и назначений, в том числе назначенного режима лечения, а также попытки самостоятельно вмешаться в процесс лечения без согласования с лечащим врачом; неявки в срок, указанный врачом, могут снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя медицинских услуг. В случае несоблюдения потребителем медицинских услуг указанных выше требований, последний лишается права ссылаться на недостатки (дефекты) в работе, возникшие в результате несоблюдения указанных требований.

С требованиями настоящего уведомления согласен и обязуюсь их выполнять:

\_\_\_\_\_  
(подпись потребителя услуги или законного представителя)