

УВЕДОМЛЕНИЕ

о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу

Я, _____
(фамилия, имя и отчество (при наличии) Потребителя (законного представителя))
в соответствии с пунктом 2.4. Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736, 3.4.2. Положения об организации оказания платных медицинских услуг Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинская областная клиническая наркологическая больница», уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), влечет за собой снижение качества предоставляемой платной медицинской услуги или повлечет за собой невозможность ее завершения в срок.

Подтверждаю, что уведомлен(а) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

Подпись Потребителя (Заказчика) _____

ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

«Настоящим я,

(Ф.И.О. Потребителя полностью),

нижеподписавшийся, ознакомившись с перечнем услуг, составляющих медицинскую деятельность исполнителя в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, со своими правами и обязанностями, как Потребителя в соответствии с настоящим договором, полностью понимая их значение и не имея возражений относительно условий договора в целом, ознакомлен с действующим прейскурантом цен на медицинские услуги, подтверждаю личное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг, принятое в отсутствие каких-либо неправомерных действий исполнителя, направленных на понуждение (склонение) меня к подписанию настоящего согласия и/или договора в целом.

« ____ » _____ 20 ____ г. Потребитель _____ (_____)
подпись _____ расшифровка _____

