

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

Настоящим Государственное учреждение здравоохранения «Хилокская центральная районная больница»

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