

Типовая форма уведомления Пациента (Заказчика) о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) БУЗОО «ЦМР» (медицинского работника БУЗОО «ЦМР», предоставляющего платную медицинскую услугу)

Настоящим Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Центр медицинской реабилитации» (БУЗОО «ЦМР»), именуемое в дальнейшем – Исполнитель, в соответствии с пунктом 15 Правил предоставления платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 до заключения договора уведомляет Пациента (Заказчика), о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника Исполнителя, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

Настоящее уведомление сделал медицинский работника Исполнителя:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (Фамилия, имя, отчество)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись Пациента) (Фамилия, имя, отчество Пациента)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись Заказчика) (Фамилия, имя, отчество Заказчика)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.