Приложение № 1
к Положению об оказании платных медицинских услуг

# УВЕДОМЛЕНИЕ

До заключения договора на оказание платных медицинских услуг

Я _____
фамилия, имя, отчество

уведомлен(а) ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39» о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39», предоставляющих платные медицинские услуги, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемых платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья потребителя).

_____ _____
дата подпись