

ФОРМА

УВЕДОМЛЕНИЕ*
о последствиях несоблюдения режима лечения

В соответствии с пунктом 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736.

Я,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) потребителя или его законного представителя полностью)

Настоящим уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (АО «ЦИТО») (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или/и отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Потребитель
(законный представитель)

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

*Оформляется на официальном бланке АО «ЦИТО».