

## УВЕДОМЛЕНИЕ

\_\_\_\_\_,  
(ФИО Пациента/Представителя Пациента)  
уведомлен о том, что несоблюдение рекомендаций медицинского работника, 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 потребителя.

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

(Дата)

\_\_\_\_\_. Г.