

Уведомление

Меня, \_\_\_\_\_,  
(ФИО, потребителя/пациента)

врач- \_\_\_\_\_  
(должность, ФИО врача)

\_\_\_\_\_ ОГАУЗ «ИГКБ № 10» уведомил о том, что несоблюдение мной указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

\_\_\_\_\_  
Подпись, фамилия И.О. пациента

\_\_\_\_\_  
Дата заполнения