

## УВЕДОМЛЕНИЕ

О порядке оказания платных медицинских услуг

К договору № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г.

**СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 34»** уведомляет потребителя платных медицинских услуг \_\_\_\_\_

о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника обеспечивающего безопасность и качество предоставления платных медицинских услуг), 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.

Ознакомлен (а) \_\_\_\_\_

Подпись потребителя

Расшифровка подписи

Дата ознакомления « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г.