|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |  | УТВЕРЖДЕНОприказом ГБУЗ «СОКБ им. В.Д. Середавина»от 01.09.2023 № 1187 |

**Уведомление**

**о последствиях несоблюдения указаний**

**(рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу)**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина», в соответствии с пунктом 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736, уведомляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. Заказчика/Потребителя)*

о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (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.

С уведомлением ознакомлен, экземпляр на руки получил до заключения

договора на оказание платных медицинских услуг.

 "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Ф.И.О. Заказчика/Потребителя) (подпись)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |  | УТВЕРЖДЕНОприказом ГБУЗ «СОКБ им. В.Д. Середавина»от 01.09.2023 № 1187 |

**Уведомление**

**о последствиях несоблюдения указаний**

**(рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу)**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина», в соответствии с пунктом 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736, уведомляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. Заказчика/Потребителя)*

о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (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.

С уведомлением ознакомлен, экземпляр на руки получил до заключения

договора на оказание платных медицинских услуг.

 "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Ф.И.О. Заказчика/Потребителя) (подпись)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |  | УТВЕРЖДЕНОприказом ГБУЗ «СОКБ им. В.Д. Середавина»от 01.09.2023 № 1187 |

**Уведомление**

**о последствиях несоблюдения указаний**

**(рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу)**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина», в соответствии с пунктом 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736, уведомляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. Заказчика/Потребителя)*

о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (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.

С уведомлением ознакомлен, экземпляр на руки получил до заключения

договора на оказание платных медицинских услуг.

 "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Ф.И.О. Заказчика/Потребителя) (подпись)*