



УВЕДОМЛЕНИЕ

Пациент(ка) _____

ФИО пациента(ки) или законного представителя полностью _____

1. Предупрежден(а) о том, что некоторые Услуги, предоставляемые ООО «Медицинский центр «Врачебная практика» в рамках Договора, он(а) может получить бесплатно в объеме и порядке, определяемом Полисом обязательного медицинского страхования, в медицинском учреждении по месту регистрации данного полиса в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи. Пациент(ка) желает получить Услуги в ООО «Медицинский центр «Врачебная практика» и соглашается, что Услуги, предоставляемые ООО «Медицинский центр «Врачебная практика» в рамках Договора, самостоятельно оплачиваются Пациентом(ой) в полном объеме.
2. Предупрежден(а) о том, несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников ООО «Медицинский центр «Врачебная практика», предоставляющих медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на здоровье Пациента(ки).

Подпись Пациента(ки) или законного представителя _____

Дата « _____ » _____ 201 _____ г.