

УВЕДОМЛЕНИЕ

Я, V _____

Указать ФИО полностью - законного представителя ребенка, не достигшего 15 лет/недееспособного лица именуемый в дальнейшем **Заказчик**:

1. Предупрежден (а) о том, что некоторые Услуги, предоставляемые ООО «Медицинский центр «Врачебная практика» в рамках Договора, **Пациент** 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, **Заказчик** желает получить Услуги в ООО «Медицинский центр «Врачебная практика» и соглашается, что Услуги, предоставляемые ООО «Медицинский центр «Врачебная практика» в рамках Договора, самостоятельно оплачиваются **Заказчиком** 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**.

Подпись Заказчика V _____

Дата _____