

ФИО
пациента _____

Дата рождения: _____
Паспортные _____ данные
:

Адрес места жительства пациента:

**УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕСОБЛЮДЕНИИ НАЗНАЧЕНИЙ (РЕКОМЕНДАЦИЙ) ВРАЧА
(МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ)**

ПРИ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ в ООО «МедиаЛаб»

Настоящим уведомлением Медицинская организация, ООО «МедиаЛаб» уведомляет пациента (ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес места жительства)

_____ о том, что при оказании платной
медицинской _____ услуги

_____ (наименование услуги), несоблюдение
назначений (рекомендаций) исполнителя, врача (медицинского работника) (указать
ФИО, _____ должность
специалиста) _____

_____,
оказывающего платную медицинскую услугу, в том числе назначенной подготовки
к клинической лабораторной диагностике, в соответствии с рекомендациями
направившего врача и общепринятой медицинской практики, иное (указать, что
именно)

_____ могут снизить качество оказываемой платной медицинской услуги,
повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться
на состоянии здоровья пациента.

**Должность, ФИО, подпись ответственного лица Медицинской
организации** _____

Дата получения _____

Подпись пациента _____ / _____

ФИО полностью собственноручно