

**Кому: ФИО пациента**  
**Дата рождения**  
**Паспортные данные**  
**Адрес места жительства пациента**

**УВЕДОМЛЕНИЕ  
О НЕСОБЛЮДЕНИИ НАЗНАЧЕНИЙ (РЕКОМЕНДАЦИЙ) ВРАЧА  
ПРИ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Настоящим Медицинская организация (наименование) \_\_\_\_\_ 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 назначенного режима лечения, кратности, дозировок, сроков приема лекарственных препаратов, 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*