Общество с ограниченной ответственностью «Стоматологическая клиника МАН», далее именуемое «Исполнитель»,

УВЕДОМЛЯЕТ:

1. Несоблюдение потребителем указаний (рекомендаций) лечащего врача, иного медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного указанными лицами режима лечения, а также несоблюдение потребителем общих рекомендаций Исполнителя может снизить качество предоставляемой потребителю медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

2. Исполнитель является частной коммерческой медицинской организацией и не входит в число медицинских организаций, участвующих в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3. Лицо, являющееся потребителем медицинских услуг, имеет право получить соответствующие виды и объёмы медицинской помощи без взимания платы, для чего самостоятельно обращается в медицинскую организацию, являющуюся участником реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Настоящее Уведомление мной прочитано и подписано до заключения Договора возмездного оказания медицинских услуг (работ). Содержание и смысл настоящего Уведомления мне понятны. Экземпляр настоящего Уведомления мной получен.

Потребитель:

_____ / _____
Подпись Расшифровка

Законный представитель Потребителя или физическое лицо, действующее по доверенности в интересах потребителя:

_____ / _____
Подпись Расшифровка

Заказчик *(физическое лицо)***:**

_____ / _____
Подпись Расшифровка

Заказчик *(юридическое лицо или индивидуальный предприниматель)***:**

_____
Наименование (форма организации – ООО, ПАО, ИП и т.п., название юридического лица, Фамилия, Имя, Отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя)

_____
ОГРН, ИНН

_____
Должность

_____ _____ М.П.
Фамилия, Имя, Отчество (при наличии) подпись при наличии

ООО "СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА МАН"