

Приложение № 1
к Положению о порядке и условиях
предоставления платных медицинских услуг
в ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко»

До заключения договора на оказание платных медицинских услуг

Я _____ (фамилия, имя, отчество)
уведомлен(а) ГБУЗ НО «НОКБ им.Н.А. Семашко» о том, что
несоблюдение указаний (рекомендаций) ГБУЗ НО «НОКБ им.Н.А.
Семашко» (медицинских работников, предоставляющих платные
медицинские услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут
снизить качество предоставляемых платных медицинских услуг, повлечь
за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно
сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья потребителя).

(подпись)

Дата