

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Детский санаторий № 42 Департамента здравоохранения города Москвы»

123103, г. Москва, ул. Таманская, дом 15, корп. 2 телефон: 8 (499) 199-28-25
ИНН/КПП 7734251530/773401001 факс: 8 (499) 199-28-25

УВЕДОМЛЕНИЕ
о последствиях несоблюдения указаний
(рекомендаций) медицинского учреждения

г. Москва

« ____ » _____ 20__ г.

В соответствии с п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006, до заключения договора платных медицинских и иных услуг (далее по тексту – платные услуги) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Детский санаторий № 42 Департамента здравоохранения города Москвы" уведомляет _____

(Ф.И.О. законного представителя)

о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского учреждения (медицинского работника, предоставляющего платную услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья моего ребенка _____.

ИО главного врача _____ Т. В. Учкина

С уведомлением ознакомлен, экземпляр на руки получил до заключения договора на оказание платных медицинских и иных услуг.

" ____ " _____ г.

(Ф.И.О. законного представителя)

(подпись)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Детский санаторий № 42 Департамента здравоохранения города Москвы»

123103, г. Москва, ул. Таманская, дом 15, корп. 2 телефон: 8 (499) 199-28-25
ИНН/КПП 7734251530/773401001 факс: 8 (499) 199-28-25

УВЕДОМЛЕНИЕ
о последствиях несоблюдения указаний
(рекомендаций) медицинского учреждения

г. Москва

« ____ » _____ 20__ г.

В соответствии с п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006, до заключения договора платных медицинских и иных услуг (далее по тексту – платные услуги) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Детский санаторий № 42 Департамента здравоохранения города Москвы" уведомляет _____

(Ф.И.О. законного представителя)

о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского учреждения (медицинского работника, предоставляющего платную услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья моего ребенка _____.

ИО главного врача _____ Т. В. Учкина

С уведомлением ознакомлен, экземпляр на руки получил до заключения договора на оказание платных медицинских и иных услуг.

" ____ " _____ г.

(Ф.И.О. законного представителя)

(подпись)