

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

Настоящим ООО «Медицинская клиника «Афанасий» уведомляет Вас

---

---

---

*(ФИО, дата рождения, паспорт, адрес места жительства)*

о том, что при оказании платной медицинской услуги

---

*(наименование услуги)*

несоблюдение назначений и/или рекомендаций медицинского работника

---

*(ФИО, должность специалиста)*

оказывающего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима  
лечения, кратности, дозировок, сроков приема лекарственных препаратов, иное  
\_\_\_\_\_ могут снизить качество оказываемой  
платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в  
срок или отрицательно сказаться на состоянии Вашего здоровья.

Дата получения \_\_\_\_\_

Подпись пациента

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

*ФИО полностью собственноручно*