

Приложение № 4
к договору № _____ от «__» _____ 20__ г.

Кому: ФИО пациента _____

Дата рождения _____

Паспортные данные _____

Адрес места жительства пациента _____

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

Настоящим Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения Республики Крым «Симферопольский клинический родильный дом №2» уведомляет пациента _____

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес места жительства)

о том, что при оказании платной медицинской услуги, предоставляемые Пациенту на условиях Договора об оказании платных услуг, были зафиксированы 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