|  |  |
| --- | --- |
| диа | **Приложение**  **к медицинской карте №\_\_\_\_\_\_**  ***Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 года №1006)*** |

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

ознакомлен(а) с тем, что несоблюдение медицинских рекомендаций при предоставлении платных медицинских услуг может повлечь снижение качества предоставляемой платной медицинской услуги, невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись Фамилия И.О.