

**Уведомление.**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. г. Москва

Настоящим уведомлением

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО)

\_\_\_\_\_ (год рождения)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (паспортные данные).

- Уведомлен(а) о том, что *несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской и иной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья заказчика (потребителя);*

- Изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с ФГБУ «ЦИТО им. Н. Н. Приорова» Минздрава России.

\_\_\_\_\_ (подпись, ФИО заказчика, потребителя услуг)