

Директору НИИ КПССЗ

От \_\_\_\_\_  
Адрес проживания \_\_\_\_\_  
Телефон \_\_\_\_\_

### УВЕДОМЛЕНИЕ

В соответствии с п. 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, настоящим подтверждаю, что до заключения договора о предоставлении мне платных медицинских услуг, уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), назначенного режима лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, а также правила поведения пациента в медицинских организациях, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(ФИО) (подпись)

***При заключении договора о предоставлении платных медицинских услуг  
на условиях публичной оферты***

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(ФИО)

уведомлен