|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 1  к Договору об оказании платных медицинских услуг №\_\_  от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |

**Уведомление**

**потребителя (заказчика) о последствиях несоблюдения указаний**

**(рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего**

**платную медицинскую услугу)**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Психиатрическая больница Калининградской области № 2», Адрес: 236020, г. Калининград, пгт Прибрежный ул. Заводская, д.13 (далее по тексту –Исполнитель), в соответствии с п. 24 Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006", уведомляет

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. потребителя (заказчика)

о том, что в соответствии с Федеральным [законом](https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=444218#l0) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", обязан соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации. Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя (Заказчика). До заключения договора Потребитель (Заказчик) ознакомлен с прейскурантом клиники, положением о гарантийных сроках и сроках службы на услуги, порядком оказания платных медицинских услуг, расположенных на сайте клиники, информационном стенде в регистратуре клиники.

С уведомлением ознакомлен, экземпляр на руки получил до заключения

договора на оказание платных медицинских услуг.

"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. потребителя (заказчика) (подпись)