ООО «Точка красоты»

**Уведомление пациента о несоблюдении назначений (рекомендаций) врача**

**при оказании платных медицинских услуг**

**Уважаемый пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_!**

 Настоящим уведомляем Вас о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника , предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

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

ФИО, должность, подпись представителя медицинской организации

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 г