

УВЕДОМЛЕНИЕ

В соответствии с требованиями статьи 20 Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», настоящим **ГАУЗ АСГБ** уведомляет Вас _____, 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 услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя услуги.

подпись / расшифровка подписи Пациента

«___» _____ 2025 г.

ЗАЯВЛЕНИЕ на предоставление платных услуг

Главному врачу ГАУЗ АСГБ

На основании статей 18,19,20,21 Федерального закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», я _____ желаю получить платные услуги в ГАУЗ АСГБ.

Я ознакомлен (-а) и мною подписано Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Я ознакомлен (-а) с действующим Прейскурантом и согласен (согласна) оплатить стоимость указанных услуг в соответствии с Прейскурантом за счет своих личных денежных средств.

подпись / расшифровка подписи Пациента

«___» _____ 2025 г.