Приложение № 3

к Договору на оказание платных медицинских услуг

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

**о последствиях несоблюдения указаний**

**(рекомендаций) медицинской организации**

Общество с ограниченной ответственностью «Профессиональная медицинская лига» в соответствии с п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006, до заключения договора платных медицинских услуг уведомляет

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

(Ф.И.О пациента)

о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Медицинской организации (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 пациента.

Пациент не может настаивать на оказание ему медицинских услуг способом, который не согласуется с наличием у него абсолютных противопоказаний.

Подозрения лечащего врача на аллергию у пациента, на возможные заболевания, являющиеся противопоказаниями к медицинскому вмешательству, – это основания направить на обследование Пациента.

Пациент обязан исполнить эти требования (рекомендации). Иначе медицинская организация будет иметь право на отказ от исполнения договора и на возмещение убытков согласно статье 36 Закона о защите прав потребителей и пункту 15 Правил предоставления платных медицинских услуг.

Мне, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

до заключения договора (при наличии полиса ОМС) разъяснены мои права на предоставление медицинских услуг бесплатно стандартным методом лечения (а также порядок предоставления подобных услуг) и я отказываюсь от предложенной мне возможности получения этого вида медицинских услуг в общем порядке за счет средств ОМС, я ознакомлен(а) с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, стоимостью и правилами их предоставления.

С уведомлением ознакомлен, и обязуюсь исполнять

"\_\_ "\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента) (подпись)

**Начальник по медицинской части**

**ООО «Профессиональная медицинская лига»**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Дуров А. Н./**

Экземпляр уведомления в письменной форме до заключения договора получил(а):

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

(ФИО, дата, подпись)