|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Государственное автономное учреждение здравоохранения "Кукморская центральная районная больница"** | | От «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_г. |  |  | |  |
|  |  | **Уведомление пациента о несоблюдении назначений (рекомендаций) врача при оказании платных медицинских услуг** | | | | | |
|  |  | Уважаемый пациент, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
|  | получающий платные медицинские услуги в рамках договора об оказании платных медицинских услуг  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г. | | | | | | |
|  | ГАУЗ "Кукморская центральная районная больница" уведомляет о том, что Вами нарушены Правила поведения пациентов в медицинской организации, а именно: | | | | | | |
|  | Пункт 2.2 п.п. | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | Пункт 3п.п. | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | Настоящее уведомление мной прочитано,  претензий не имею | | | | | |  |
|  | **« Потребитель»:** | | | | | | |
|  | подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                   Дата : «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ г. | | | | | |  |