

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

Диагностический Центр «НАДЕЖДА»

(сокращенное наименование ООО ДЦ «НАДЕЖДА»)

**Адрес места нахождения: Российская Федерация, 392022, Тамбовская область,
г.о. город Тамбов, г. Тамбов, ул. им. Юрия Гагарина, д. 19А, помещ. 2, ком. 17
ОГРН 1216800005344, ИНН 6829161040, КПП 682901001**

№ б/н от « ___ » _____ 2023 года

Уважаемый(ая) _____!

Настоящим, до заключения договора оказания платных медицинских услуг, ООО ДЦ «НАДЕЖДА» уведомляет Вас, _____,

ФИО

адрес места жительства: _____

телефон: _____ и _____,

ФИО

адрес места жительства: _____

телефон: _____ законным представителем которого Вы являетесь, о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) ООО ДЦ «НАДЕЖДА» (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.

Администратор _____

подпись

расшифровка подписи

Я, _____,

ФИО

адрес по месту жительства: _____

телефон: _____ и _____,

ФИО

адрес места жительства: _____

телефон: _____ законным представителем которого я являюсь, до заключения договора оказания платных медицинских услуг, в письменной форме уведомлен(а) ООО ДЦ «НАДЕЖДА» о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) ООО ДЦ «НАДЕЖДА» (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.

« ___ » _____ 2023 г.

подпись

расшифровка подписи

