**Приложение 1 к приказу № 20 ООО «КСТ-ДВ» «об утверждении форм документов по оказанию платных медицинских услуг» от 01.01.2017г.**

 **Утверждаю**

 **Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **В.А. Рыбкис 01.01.2017г.**

**УВЕДОМЛЕНИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО О ВОЗМОЖНЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ НЕСОБЛЮДЕНИЯ НАЗНАЧЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

 г. Хабаровск [дата оформления]

Я, гражданин(ка) [фамилия имя отчество законного представителя несовершеннолетнего], действующий(ая) от имени и в интересах несовершеннолетнего ребенка [фамилия имя отчество несовершеннолетнего], дата рождения [дата рождения несовершеннолетнего], уведомлена о том, что при оказании платной медицинской услуг(и) в рамках договора на оказание платных медицинских услуг № [номер договора] от [дата заключения договора] между мной, несовершеннолетним ребенком [фамилия имя несовершеннолетнего] и обществом с ограниченной ответственностью "Клиника современных технологий-ДВ" несоблюдение пациентом назначений (рекомендаций) исполнителя, врача (медицинского работника), оказывающего платную медицинскую услугу в соответствии с Приложением №1 к договору на оказание платных медицинских услуг № [номер договора] от [дата заключения договора], в том числе назначенного режима лечения, кратности, дозировок, сроков приема лекарственных препаратов, назначенных лабораторных и инструментальных исследованиях, консультациях специалистов могут снизить качество оказываемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

 Законный представитель: [подпись]