



Я,

---

(Фамилия Имя Отчество)

ознакомлен(а) с тем, что несоблюдение медицинских рекомендаций при предоставлении платных медицинских услуг может повлечь снижение качества предоставляемой платной медицинской услуги, невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 г.

/ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
подпись Фамилия ИО