



ЦЕНТР
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ
СТОМАТОЛОГИИ
И НЕВРОЛОГИИ

117420, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Черемушки, ул. Профсоюзная, д.57, помещ.И,
эт. №1, ком.10 т. +7 (495) 223-54-05, т. +7 (495)223-54-06

✓ 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.

✓ «__» _____ 202__ г. / _____ /
подпись Фамилия ИО