

## Уведомления

До заключения настоящего Договора Потребитель (Заказчик) \_\_\_\_\_ в доступной форме проинформирован сотрудниками Исполнителя (АО «Стоматологическая поликлиника № 4») о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Обладая указанной информацией, Потребитель, принимает осознанное и добровольное решение заключить с Исполнителем Договор на оказание платных медицинских услуг.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

До заключения настоящего договора Потребитель подтверждает, что он уведомлен, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (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 Заказчика.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Прошу отправить мне чек об оплате услуг на электронную почту \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /