

**Государственное автономное учреждение здравоохранения
«Брянская городская стоматологическая поликлиника № 3»**

УВЕДОМЛЕНИЕ

Настоящим уведомляю, что в соответствии с п.п. 7, 19 Постановления Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006" до заключения договора на оказание платных медицинских услуг уведомлен(а) об:

- 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;

- порядке оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- информации о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

- другие интересующие меня сведения, относящиеся к предмету договора.

" ____ " _____ 202_ г.

_____/_____
(подпись) (расшифровка)

**Государственное автономное учреждение здравоохранения
«Брянская городская стоматологическая поликлиника № 3»**

УВЕДОМЛЕНИЕ

В соответствии с п.24 Постановления Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006" до заключения договора на оказание платных медицинских услуг уведомляем Вас о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Отметка об ознакомлении

" ____ " _____ 202_ г.

_____/_____
(подпись) (расшифровка)