****

 ООО «СОФИТЕЛЬ Р**»**

ПРИЛОЖЕНИЕ К ДОГОВОРУ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

 № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

Общество с ограниченной ответственностью «СОФИТЕЛЬ Р», именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице управляющего Индивидуального предпринимателя Степиной Светланы Владимировны, настоящим до заключения с

\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество(если имеется) Потребителя (Пациента))*

\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(адрес места жительства потребителя (законного представителя потребителя)*

договора на предоставление платных медицинских услуг в доступной форме уведомляет

 (ФИО)

 *(далее Потребитель (Пациент))*

о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальных программ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Общество с ограниченной ответственностью «СОФИТЕЛЬ Р» **не участвует** в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Общество с ограниченной ответственностью «СОФИТЕЛЬ Р» также уведомляет Потребителя (Пациента) о том, 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 Потребителя.

Уведомлен(а): / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись и ФИО потребителя(пациента))*

Управляющий – Индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ С.В.Степина