Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)

уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) МАДОУ ЦРР д/с № 123 города Тюмени (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.

« _____» _____ 20 ___г. _____
(подпись)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)

уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) МАДОУ ЦРР д/с № 123 города Тюмени (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.

« _____» _____ 20 ___г. _____
(подпись)