

Уведомление потребителя (заказчика) о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций)

« ____ » _____ 20__ г.

г. Орел

ООО «Мой стоматолог», адрес места нахождения юридического лица: 302025, г. Орел, Московское шоссе, д.155, оф.47, адрес места осуществления медицинской деятельности: 302025, г. Орел, Московское шоссе, д.155, оф.47, адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" www.moy-stomatolog57.ru, ОГРН 1085742000134 (свидетельство о регистрации 57 №000987713), ИНН 5754007198, в лице Козиной Натальи Ивановны, действующей на основании Доверенности б/н от 01.12.2020 г. и лицензии № Л041-01142-57/00642495 от 26.09.2013 г., выдана Департаментом здравоохранения и социального развития Орловской области, адрес места выдавшего органа: 302021, г. Орел, Ленина пл., д. 1, телефон: +7(4862)475-347, сроком действия «бессрочно», ссылка на сведения содержащиеся в электронных реестрах лицензий: <https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses>, на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической, уведомляет потребителя (заказчика) 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.

Исполнитель:

ООО "Мой стоматолог"

Адрес: 302025, г. Орел, Московское шоссе, д.155, оф.47

Телефон: 334148, 89155045640

Пациент (Заказчик):

Адрес:

Паспорт:

Выдан:

Дата выдачи: 0 г.

(подпись)

(подпись)

М.П.