УВЕДОМЛЕНИЕ
о намерении расторгнуть договор возмездного предоставления медицинских услуг
в связи с нарушением Пациентом плана лечения

Кому: _____
(фамилия, имя, отчество Пациента / Заказчика)

Адрес: _____

От: _____
(полное наименование медицинской организации)

Юридический адрес: _____

Исх. № _____
Дата: «____» _____ 20__ г.

Уважаемый(ая) _____!

Настоящим _____
(наименование медицинской организации)
в лице _____
(должность, фамилия, имя, отчество уполномоченного лица)
действующ___ на основании _____,
(Устава, доверенности)
именуем___ в дальнейшем «Исполнитель», уведомляем Вас, именуем___ в дальнейшем «Пациент» (и/или «Заказчик»), о намерении расторгнуть Договор возмездного оказания медицинских услуг от «____» _____ 20__ г. № ____ (далее — Договор) по следующим основаниям.

1.В соответствии с пунктом ____ Договора Пациент обязался соблюдать план диагностики и лечения, режим осуществляемых процедур, а также иные назначения и рекомендации лечащего врача.
2. В нарушение указанных обязательств Потребителем допущены следующие неоднократные нарушения, которые существенно мешают оказанию услуги
(*например, из-за систематических неявок дальнейшее лечение теряет смысл, или пациент игнорирует назначения, которые критически важны для безопасности отказа от назначенных обследований, несоблюдение режима, нарушение диеты, самовольное изменение схемы лечения и т.п.*)

_____
_____

_____
_____

3. Указанные нарушения подтверждаются:

_____
_____
(медицинская документация, журналы посещений, акты, заключения врачей и т.п.)

4. Пунктом ____ Договора предусмотрено право Исполнителя на отказ от исполнения Договора в случае нарушения Пациентом плана диагностики и лечения, режима осуществляемых процедур, а также иных обязанностей, предусмотренных Договором. Поскольку при допущенных Потребителем нарушениях плана и режима лечения, Исполнитель не может гарантировать исход оказания медицинской услуги, отвечающий требованиях безопасности и качества предоставляемых платных медицинских услуг.

5. В соответствии с пунктом 2 статьи 782, пункта 1 статьи 450.1 Гражданского кодекса Российской Федерации Исполнитель вправе отказаться от исполнения обязательств по договору возмездного оказания медицинских услуг. В связи с чем, настоящим ООО «_____» уведомляет Вас в досудебном порядке о намерении расторгнуть с Вами Договор возмездного оказания медицинских услуг № _____от _____в установленном законом порядке.

6. Ввиду фактического отказа Пациента от продолжения лечения на условиях, определенных платным лечением/длительным отсутствием, иное _____, согласно п. 28 Правил предоставления платных медицинских услуг (ПП № 659) обязан оплатить Исполнителю стоимость фактически оказанных до момента расторжения Договора медицинских услуг, а также фактически понесённые Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору. В соответствии с объемом оказанных Вам медицинских услуг, на текущую дату составления настоящего уведомления, стоимость фактически оказанных, но не оплаченных Заказчиком (Пациентом) медицинских услуг составляет: _____

7. Заказчик (Пациент) вправе в срок до «____» _____ 20__ г. представить Исполнителю письменные возражения относительно оснований расторжения Договора возмездного оказания медицинских услуг.

8. Для урегулирования вопроса Заказчик (Пациент) может обратиться к руководителю Исполнителя с письменным заявлением.

9. По всем вопросам, связанным с расторжением Договора возмездного оказания медицинских услуг и взаиморасчётами, просим обращаться по телефону: _____ или по адресу: _____.

Исполнитель:
Генеральный директор ООО «_____»

_____
(подпись)

_____
(расшифровка подписи)

М.П.

Уведомление получил(а):

_____
(подпись) Заказчика /Пациента

_____
(расшифровка подписи)

«____» _____ 20__ г.