

**Уведомление
Заказчика (Пациента) перед заключением
Договора возмездного оказания медицинских услуг**

1. Я, _____

19__ года рождения, проживающий(ая) по адресу:

С правилами предоставления платных медицинских услуг в ООО «Основа Силуэта» ознакомлен (а), до подписания Договора возмездного оказания медицинских услуг, обязуюсь их исполнять, я уведомлен (на) Исполнителем 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 моего здоровья.

В случае заключения мною Договора возмездного оказания медицинских услуг с Исполнителем, данное уведомление, составленное в порядке, предусмотренном п/п «н» п.23 Постановления Правительства Российской Федерации от 30 мая 2026 г. № 659, будет являться приложением и неотъемлемой частью этого договора.

Адреса и банковские реквизиты Сторон

Исполнитель :

Заказчик (Пациент) :

Общество с ограниченной ответственностью	
«Основа Силуэта»	
Юридический адрес: 117105, г. Москва, Варшавское шоссе, д.14, стр.14 Фактический адрес: 117105, г. Москва, Варшавское шоссе, д.14, стр.14	
ИНН 7726396010/КПП 772601001	
Р/сч.: 407 028 100 028 600 03 509 в АО «АЛЬФА-БАНК»	
БИК 044 525 593	
К/с 301 018 1020 000 000 0593	
ОГРН 1177746108760	
ОКПО 06576758	
Генеральный директор	
_____ (О.Н. Брух)	
М.П.	