ООО «Жемчуг»

**ГАРАНТИЙНЫЙ ТАЛОН**

НА ОКАЗАННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

(талон даёт право на гарантийное обслуживание)

Ф.И.О.  заказчика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Вид услуги | Кол. |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |

Гарантийный срок — это период, в течение которого, в случае обнаружения недостатка в выполненной работе, ООО «Жемчуг» берет на себя обязанности безвозмездно устранить недостатки или повторно выполнить услуги.

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Срок гарантии\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мес.

Сумма прописью\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В связи с тем, что качество предоставляемой платной медицинской услуги зависит не только от правильности выполнения процедур врачом, но и от соблюдения пациентом рекомендаций врача и назначенного режима лечения, то:

-при несоблюдении пациентом рекомендаций лечащего врача сроки гарантии и службы на все виды услуг уменьшаются на 50%.

-при нарушении графиков профилактических осмотров, предусмотренных планом лечения, гарантия аннулируется.

В соответствии с п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006, уведомляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ о том, что несоблюдение рекомендаций (рекомендации выданы на руки) медицинского учреждения (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.

Пожалуйста, сохраняйте гарантийный талон до окончания срока гарантии.

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                             Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_