 Приложение № 8

к договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_г.

Потребителю

ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Исх. №

От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

УВЕДОМЛЕНИЕ

О необходимости надлежащего исполнения обязательств по договору

Уважаемый ФИО!

Вы заключили с нашей организацией договор на оказание платных медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_г.

В соответствии с условиями заключенного договора обязанностью медицинской организации является оказание качественной и безопасной медицинской услуги, а также полноценное информирование пациента об Исполнителе и об оказываемой услуге.

Медицинская организация свои обязательства выполняет надлежащим образом в соответствии с условиями заключенного договора и требованиями законодательства, что подтверждается записями в Вашей медицинской карте, также отсутствием с Вашей стороны претензий по поводу качества, объёмов и сроков оказываемых услуг.

К сожалению, с Вашей стороны обязательства выполняются ненадлежащим образом. В частности, согласно условиям договора, а также в соответствии со статьями 20,24 Постановления Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. №736, статьи 27 ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в т.ч. определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях (правила внутреннего распорядка для пациентов).

Более того, несоблюдение рекомендаций Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в т.ч. назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии Вашего здоровья.

Согласно же записям в книге телефонных звонков организации, вы были неоднократно приглашены на прием и по разным причинам не являлись на него.

Мы надеемся увидеть Вас на приеме лечащего врача в ближайшее время, в противном случае мы утрачиваем возможность каким-либо образом отвечать за результат лечения и оставляем за собой право в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора на оказание платных медицинских услуг.

Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Приложение № 9

к договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_г.

Потребителю

ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Исх. №

От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

УВЕДОМЛЕНИЕ

Об одностороннем отказе от исполнения договора на оказание медицинских услуг

Уважаемый ФИО!

Вы заключили с нашей организацией договор на оказание платных медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_г.

К сожалению, в связи с длительным неоднократным невыполнением Вами врачебных рекомендаций, несоблюдением режима лечения, а также отсутствием реакции с Вашей стороны на наше Уведомление от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_г. Исх № руководством клиники принято решение в одностороннем порядке отказаться от исполнения данного договора на оказание платных медицинских услуг.

С точки зрения медицинского законодательства мы рассматриваем Ваши неявки на прием, как отказ от медицинского вмешательства по смыслу ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В связи с чем:

1. Мы рекомендуем Вам в ближайшее время (в течение 1 месяца) обратиться в другую медицинскую организацию соответствующего профиля для продолжения лечения в плановом порядке.

2. Последствиями отказа от медицинского вмешательства на сегодняшний момент при Вашем диагнозе может снизить качество медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии Вашего здоровья.

3. Для обеспечения преемственности лечения в другой медицинской организации направляем вам выписку из вашей медицинской документации. Пожалуйста, предъявите ее Вашему новому лечащему врачу.

Приложение:

Выписка из медицинской карты № копия, на \_\_\_\_ листах.

Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_