*К Договору* *оказания платных*

*медицинских услуг № \_\_ от \_\_.\_\_.2023 г.*

*(далее – «Договор»)*

**УВЕДОМЛЕНИЕ О ВОЗМОЖНЫХ РИСКАХ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

подтверждаю, что в доступной мне форме до заключения Договора и дополнительного соглашения к Договору проинформирован(а) и предупрежден(а) сотрудниками Санатория «Белое солнце» ФТС России о возможных рисках осложнений по вновь выявленному новообразованию, и согласен(на) с тем, что лечение возможно только при наличии настоящего письменного подтверждения в медицинской документации.

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись ФИО