

Главному врачу СПб ГБУЗ «ПНД №3»
Грицевской Т.М

от _____
(ФИО)

законный представитель: _____
(ФИО пациента)

адрес: _____

телефон _____

эл. почта _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

От прохождения (дальнейшего) лечения в СПб ГБУЗ «ПНД №3» отказываюсь.

Мне подробно, в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия моего отказа от предлагаемого лечения.

Я понимаю, что отказ может отрицательно повлиять на состояние моего здоровья

Медицинским работником СПб ГБУЗ «ПНД №3» мне разъяснено о возможных осложнениях в результате прерывания лечения (отказе от лечения).

Ответственность за наступления возможных негативных последствий в результате прекращения лечения беру на себя.

Претензий к СПб ГБУЗ «ПНД №3» последствий вследствие моего отказа от лечения иметь не буду.

Прошу:

1. Расторгнуть договор на оказание платных медицинских услуг № _____ от « ____ » _____ 20 ____ года.

2. Денежные средства за не оказанные услуги прошу перечислить на мой счет № _____ открытый в _____ БИК _____.

ИЛИ

2. Прошу вернуть мне наличные денежные средства за не оказанные услуги.

3. Чек, подтверждающий операцию возврата денежных средств, прошу выслать по номеру телефона _____ или электронной почте _____.*

« ____ » _____ 202 ____ г.

подпись _____

**Данный пункт можно включать по желанию, но он позволит медицинской организации соблюдать Федеральный закон "О применении контрольно - кассовой техники при осуществлении расчетов в Российской Федерации" от 22.05.2003 № 54-ФЗ и Закона РФ от 07.02.1992 N№ 2300-1 "О защите прав потребителей" в случае если пациент не явился лично для осуществления возврата денежных средств.*