

Направление - договор

Я (Ф.И.О. пациента) _____

Желаю получить платную мед. услугу, с порядком
и правилами оказания мед. услуги ознакомлен

Основание для оплаты:

- амбулаторный больной
- выбор желание потребителя, отсутствие мед показаний
- доплата за к/дни
- отсутствие страхового полиса ОМС

Наименование услуги _____

Цена услуги по прейскуранту _____

« _____ » _____ 20__ г. Отдел. _____

Экономист:

Отрывной талон к договору

Ф.И.О. пациента _____

Наименование услуг _____

Цена услуги _____

« _____ » _____ 20__ г. Отдел. _____

Экономист: