Приложение к Договору оказания платных медицинских услуг

{0} от {1}

|  |
| --- |
| Главному врачу ООО «ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ» Мурзину Алексею Валерьевичу |

{2}

**ЗАЯВКА**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№п/п** | **НАИМЕНОВАНИЕ УСЛУГИ** | **СТОИМОСТЬ, Руб.** | **СРОК** |

Прошу предоставить мне следующие платные медицинские услуги:

С порядком предоставления платных медицинских услуг и с прайс-листом на платные медицинские услуги ознакомлен.

Оплата будет произведена {3}

**ПАЦИЕНТ** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ({4})

*Услуги предоставлены в срок и в полном объеме, жалоб и* претензий не имею.

**ПАЦИЕНТ** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ({4})

{2}