

Приложение № \_\_\_\_\_  
к Договору возмездного оказания медицинских услуг

г. Одинцово

“ “ \_\_\_\_\_ г.

Ф.И.О. Пациента \_\_\_\_\_

Номер \_\_\_\_\_ и дата \_\_\_\_\_ договора с Пациентом

| №      | Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Договором | Стоимость |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|        |                                                                                |           |
|        |                                                                                |           |
|        |                                                                                |           |
|        |                                                                                |           |
|        |                                                                                |           |
|        |                                                                                |           |
| ИТОГО: |                                                                                |           |

| Сроки оплаты |               |                           |
|--------------|---------------|---------------------------|
| №            | Сумма платежа | Дата платежа (не позднее) |
|              |               |                           |
|              |               |                           |
|              |               |                           |

Генеральный директор Клиники \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Мне предоставлена необходимая и достоверная информация об Услугах, обеспечивающая возможность их правильного выбора.

С условиями, изложенными в настоящем Приложении, согласен.

Пациент \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /