|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| image000.png | | |  | | | |
| **Приложение № \_\_\_\_\_\_\_**  **к Договору возмездного оказания медицинских услуг** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **г. Хабаровск** | | | | **дд.мм.2024 г.** | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Ф.И.О. Пациента** | |  | | | | |
|  | | | | | | |
| **Номер \_\_\_\_\_\_\_\_ и дата дд.мм.2024 г. договора с Пациентом** | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **№** | **Наименование Услуги** | | | | **Срок оказания услуги** | **Стоимость** |
|
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
| **ИТОГО:** | | | | | |  |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Генеральный директор клиники** | | | **/ Шершова Наталья Юрьевна /** | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Мне предоставлена необходимая и достоверная информация об Услугах, обеспечивающая возможность их правильного выбора.  Настоящим я даю согласие на оказание Услуг в предложенном объеме, в том числе в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.  С условиями, изложенными в настоящем Приложении, согласен. | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Пациент** | | | **/ /** | | | |
|  | | | | | | |