|  |  |
| --- | --- |
| 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** |  **/ /** |
|  |