

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

г. Балашиха

“ ” 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 представлена необходимая и достоверная информация об Услугах, обеспечивающая возможность их правильного выбора.

С условиями, изложенными в настоящем Приложении, согласен.

Пациент \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /