Приложение № 1 к Договору оказания платных медицинских услуг.

г. Москва «____» _____ 20__ г.
ООО «Медицинский женский центр», расположено по адресу:
г. Москва, ул. Земляной Вал, д. 62, стр. 1
телефон: +7 (495) 786-23-13

Пациент: ФИО, адрес, телефон_____
_____
_____

Ф.И.О. врача (врачей) _____

Общая стоимость медицинских услуг составляет:
_____ рублей.

Дата окончательной оплаты по договору_____

Дата	Наименование услуги	Количество	Цена, руб.	Скидка, руб.	Стоимость, руб.	Подпись Пациента
			Всего:			

* при расторжении Договора оказания медицинских услуг в одностороннем порядке (со стороны Пациента) Клиникой производится перерасчет, где размер скидки не учитывается.

Клиника: Генеральный директор В. В. Лобанов /_____/

Пациент_____ /_____/ФИО