

**Приложение №2 к Договору №**  
на оказание платных медицинских услуг в **ООО "Медицентр ЮЗ"** от

от \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

г. Санкт-Петербург

**Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором**

Услуга / Прием	Цена	Цена со скидкой	Кол-во	Сумма к оплате

**Оплаты за день:** \_\_\_\_\_

С планом лечения ознакомлен(а) и согласен(а). Мне понятен план, объем лечения, возможные осложнения на этапах лечения, возможность возникновения дополнительного обследования, изменения объемов и сроков лечения, дополнительной оплаты. Я получил(а) ответы на все вопросы предстоящего лечения и доверяю квалификации врачей.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью указанного выше договора.

**ООО "Восток"**

Администратор/Кассир

\_\_\_\_\_

Пациент:

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Плательщик:

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_