Приложение № ___
к договору на оказание платных медицинских услуг
от " ____ " _____ 20 ____ года № _____

СМЕТА

на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с договором

В период действия договора Исполнителем - государственным бюджетным учреждением здравоохранения Ставропольского края «Краевая специализированная клиническая инфекционная больница», адрес (местонахождение) юридического лица (Исполнителя): 355019, Ставропольский край, г.Ставрополь, ул.Серова, 521, ОГРН 1022601952130, ИНН 2633001990, КПП 263401001, лицензия от 21.06.2019, регистрационный номер лицензии Л041-01197-26/00348052, предоставляются следующие платные медицинские услуги Потребителю:

№ п/п	Код (согласно прейскуранту)	Наименование медицинской услуги	Количество	Срок ожидания услуги	Цена за ед. услуги	Стоимость услуги
1	2	3	4	5	6	7
					Всего к оплате:	

1. Стоимость платных медицинских услуг по настоящему договору определяется исходя из действующего на момент подписания настоящего договора у Исполнителя прейскуранта в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг и составляет:

_____ (_____
(Сумма цифрами) (Сумма прописью)
_____) рублей.

Заказчик _____ ,
(Полностью Фамилия, имя, отчество (для юридического лица - наименование))

Потребитель _____ ,
(Потребителем является Пациент) (Полностью Фамилия, имя, отчество)

Законный представитель Потребителя _____ ,
(если имеется или обязателен в силу Закона) (Полностью Фамилия, имя, отчество (для юридического лица - наименование))

ОТ ЗАКАЗЧИКА:

_____
(Полностью Фамилия, имя, отчество)

Для Заказчика, являющегося юридическим лицом – оттиск печати при её наличии (Данное требование не является обязательным)

_____
(Личная подпись)

ОТ ИСПОЛНИТЕЛЯ:

_____
(Полностью Фамилия, имя, отчество)

Оттиск печати при её наличии

_____
(Личная подпись)

ОТ ПОТРЕБИТЕЛЯ (законного Представителя Потребителя):

_____
(Полностью Фамилия, имя, отчество)

Для законного Представителя Потребителя, являющегося юридическим лицом – оттиск печати при её наличии (Данное требование не является обязательным)

_____
(Личная подпись)