

Остается у врача

отделение _____

ОГАУЗ ГИМДКБ

664009, г.Иркутск, ул.Советская, 57

Направление № 78 99 000016

Приложение №1 к договору _____

№ карты / Пациент:		Дата регистрации услуг:	
Пол: _____	жен _____	Дата печати направления:	
Дата рождения: _____			

Номер п\п	Код	Наименование	Кол-во	Стоимость
			Итого:	

Оператор: _____

(подпись)

(расшифровка подписи)

МП

(линия отрыва)

ВНИМАНИЕ!!! Этот документ только для пациента**ОГАУЗ ГИМДКБ**

664009, г.Иркутск, ул.Советская, 57

Приложение №1 к договору _____

Все платные медицинские услуги оказываются в порядке очереди, после оказания услуг пациентам стационара.

Акт выполненных работ с расшифровкой услуг по квитанции № _____

№ карты / Пациент:		Дата регистрации услуг:	
Пол: _____	жен _____	Дата печати направления:	
Дата рождения: _____			

Номер п\п	Код	Наименование	Кол-во	Стоимость
				1 300,00
		<i>Срок выполнения услуги в течение 3 рабочих дней с момента оплаты.</i>		
			Итого:	

Оператор: _____

(подпись)

(расшифровка подписи)

МП

Ознакомлен(а): _____

(подпись)

(расшифровка подписи)