**СМЕТА**

**на предоставление платных медицинских услуг**

**в ФГБУ «РНЦРР» Минздрава России**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код**  | **Наименование медицинской услуги** | **Цена** | **Кол-во** | **Сумма общая** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** **ФГБУ «РНЦРР» Минздрава России**  **Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |  **Законный представитель****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО)****Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО)****Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |