Приложение № \_\_ к договору на

оказание платных медицинских услуг

№\_\_\_от «\_\_»202\_г.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Перечень платных медицинских услуг, планируемых к оказанию** | | | | | | | | | | |
| **к Договору № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_2023** | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **№ п/п** | **Код номенклатуры** | | **Наименование медицинской услуги** | | | | | **Цена** | **Кол-во** | **Сумма** |
| 1 |  | |  | | | | |  |  |  |
| 2 |  | |  | | | | |  |  |  |
| 3 |  | |  | | | | |  |  |  |
| 4 |  | |  | | | | |  |  |  |
| 5 |  | |  | | | | |  |  |  |
| СУММА БЕЗ СКИДКИ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей, СУММА СО СКИДКОЙ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей ( сумма прописью) (НДС не облагается, в соответствии со ст. 149 п.2 п.п. 2 НК РФ). Настоящий  перечень составлен в трех экземплярах , по одному для каждой из Сторон и является неотъемлемой частью договора. | | | | | | | | | | |

**Исполнитель**

Заведующий отделом организации оказания

Платных медицинских услуг

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_И.Г. Беликова

**Законный представитель**

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**Пациент**

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)