

Приложение
к договору предоставления платных медицинских услуг
№ _____ от «_____» _____ 20__ г.

Смета на предоставление платных медицинских услуг

N п/п	Наименование платных медицинских услуг	Шифр	Стоимость за единицу	Кол-во	Сумма
1	2	3	4	5	6

Исполнитель

Заказчик

(должность, подпись, инициалы, фамилия)

(подпись, инициалы, фамилия)

М. П.