|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № \_\_  к Договору на оказание платных медицинских услуг  №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_.\_\_.20\_\_г. |

**Перечень, стоимость, сроки предоставления Услуг**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Наименование Услуг | Сроки оказания | Цена в руб. |
| B01.034.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта первичный | 60 минут | 5000 |
|  |  |  |  |
|  | **Итого: 5000р** | | |

Исполнитель: Заказчик:

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность подписанта)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (подпись) (Ф.И.О. полностью) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (подпись) (Ф.И.О. полностью) |