

**Приложение**  
**Перечень дополнительных оказываемых (оказанных) медицинских услуг**  
**по договору № И38491 от 12.01.2016 года**

г. Смоленск

12.01.2016

Общество с ограниченной ответственностью «КЛИНИК ПАРК-М» имеющее лицензию на право осуществления медицинской деятельности № ЛО-67-01-000906 от 13 марта 2015 года, выданной департаментом Смоленской области по здравоохранению, в лице Главного врача Петровой Веры Николаевны, действующей на основании доверенности №003-ЗГВ/ГД от 21.03.2013 года, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и **Иванов Иван Иванович**, именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», действующий (ая) в своих интересах или в интересах третьего лица, согласовали следующие виды услуг и их стоимость:

Наименование услуги	Цена
Гастроэнтерология: Первичный приём гастроэнтеролога	1000
<b>Итого к оплате:</b>	<b>1000</b>

Я получил (а) полную и исчерпывающую информацию о вышеуказанных услугах, включая цитологическое и гистологическое исследование, и их стоимости, а также о возможных негативных последствиях их оказания. Подтверждаю свое согласие на оказание данных медицинских услуг.

Исполнитель \_\_\_\_\_ / Петрова В.Н./

Заказчик \_\_\_\_\_ / Иванов Иван Иванович /

**Приложение**  
**Перечень дополнительных оказываемых (оказанных) медицинских услуг**  
**по договору № И38491 от 12.01.2016 года**

г. Смоленск

12.01.2016

Общество с ограниченной ответственностью «КЛИНИК ПАРК-М» имеющее лицензию на право осуществления медицинской деятельности № ЛО-67-01-000906 от 13 марта 2015 года, выданной департаментом Смоленской области по здравоохранению, в лице Главного врача Петровой Веры Николаевны, действующей на основании доверенности №003-ЗГВ/ГД от 21.03.2013 года, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и **Иванов Иван Иванович**, именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», действующий (ая) в своих интересах или в интересах третьего лица, согласовали следующие виды услуг и их стоимость:

Наименование услуги	Цена
Гастроэнтерология: Первичный приём гастроэнтеролога	1000
<b>Итого к оплате:</b>	<b>1000</b>

Я получил (а) полную и исчерпывающую информацию о вышеуказанных услугах, включая цитологическое и гистологическое исследование, и их стоимости, а также о возможных негативных последствиях их оказания. Подтверждаю свое согласие на оказание данных медицинских услуг.

Исполнитель \_\_\_\_\_ / Петрова В.Н./

Заказчик \_\_\_\_\_ / Иванов Иван Иванович /