**Приложение 1 к приказу № 20 ООО «КСТ-ДВ» «об утверждении форм документов по оказанию платных медицинских услуг» от 01.01.2017г.**

**Утверждаю**

**Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**В.А. Рыбкис 01.01.2017г.**

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ СМЕТА**

На оказание платных медицинских услуг [Перечень медицинских услуг по форме: название медицинской услуги; дата оказания; данные об образовании и квалификации исполнителя ; стоимость Перечень лекарственных препаратов, медицинских материалов и /или медицинских изделий используемых при оказании услуг: название лекарственного препарата / медицинского материала / медицинского изделия, единица измерения, количество, стоимость]

Все услуги будут оказаны Исполнителем [дата оказания услуг].

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью

«Клиника современных технологий-ДВ», г. Хабаровск, ул. Шеронова д. 6,

тел. 48-88-88

Директор [факсимильное изображение подписи] В.А. Рыбкис

м.п.

Пациент: [фамилия имя отчество] Паспортные данные: [название документа, удостоверяющего личность] серии [0000] номер [000000] выдан [место выдачи, дата выдачи] Адрес: [адрес] Телефон: [телефон]

подпись [подпись]