Приложение № 9 к Приказу № 98 от 01.07.19г

УТВЕРЖДАЮ :
Директор филиала
_____ С.В. Передельский
"____" _____

ФОРМА СМЕТЫ
на оказание платных медицинских услуг

_____

(наименование медицинских услуг)

№ п\п	Наименование медицинской услуги	Количество услуг (приемов, исследований, процедур, манипуляций)	Стоимость одной услуги, руб.	Стоимость, всего, руб.
	ВСЕГО:			

_____ _____ _____

(наименование должности) (Ф.И.О.)