Приложение №2 к Публичному договору-оферте на оказание платных медицинских услуг ООО «Клиника Константа», утвержденному приказом № 10 от 25.02.2019г.

ЗАЯВКА
на оказание платных медицинских услуг
(является акцептом Договора - оферты)

«____»_____

Настоящим подтверждаю, что с условиями Публичного договора-оферты на оказание платных медицинских услуг ООО «Клиника Константа», а также с действующим Прейскурантом ознакомлен и согласен _____

(подпись Пациента/Законного представителя)

Пациент _____
(Ф.И.О.)

Дата рождения: «____»_____

Законный представитель: _____
(Ф.И.О.)

Родственные отношения: _____

Амбулаторная карта № _____

Специалист _____
фамилия, имя, отчество,

_____

Порядок оплаты: _____
Средства пациента/Законного представителя, страховой медицинской компании (указать название),

_____
ТФОМС

ООО «Клиника Константа»
(ИНН 3525326720, ОГРН 1143525011145)

№	Наименование медицинской услуги	Номер услуги по прайсу	Ед. изм.	Кол-во	Цена, руб.	Сумма с учетом НДС, руб.* (НДС не облагается)
1						
2						
3						
	Итого					

Дата оказания услуги «____» _____

Пациент/Законный представитель)

_____
(ФИО), данные паспорта

_____
(e-mail)

_____
номер телефона

_____
(подпись Пациента/ законного представителя)

Представитель Исполнителя

_____
(ФИО представителя)

_____
действующий на основании доверенности
№ _____ от _____
_____
_____
_____
(подпись представителя)