Главному врачу

учреждения здравоохранения

«25-я городская детская поликлиника»

Можако А.А.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. заявителя)*

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу оказать платные медицинские услуги в учреждении здравоохранения «25-я городская детская поликлиника» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указать вид платных медицинских услуг)*

С перечнем предлагаемых услуг, тарифами и условиями оказания платных медицинских услуг ознакомлен (а), на заключение договора возмездного оказания медицинских услуг согласен (согласна).

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(дата)*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(подпись, Ф.И.О)*