**СМЕТА**

**на предоставление платных медицинских услуг**

**в ФГБУ «РНЦРР» Минздрава России**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код** | **Наименование медицинской услуги** | **Цена** | **Кол-во** | **Сумма общая** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  **ФГБУ «РНЦРР» Минздрава России**  **Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Законный представитель**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО)**  **Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО)**  **Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |