|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | Приложение №4  к Публичному договору- оферте  на оказание платных медицинских услуг  ООО ЛОЦ «Арника»  ООО ЛОЦ «Арника»  ИНН 0105043650, ОГРН 1040100551369  РА, г. Майкоп, ул. Пионерская, д.409, корп.2  тел.: (8772) 51-51-24; +7 928-460-04-81;  +7 961-819-37-57; arnika.maykop@mail.ru | | | | |
|  | | | | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |

**Квитанция \_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**

Принято от пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

Принято от плательщика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

За следующие медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование медицинских услуг | Количество | Цена | Скидка | Сумма |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО: | | | | |  |

Оплачено Пациентом: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

наличными денежными средствами: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

с использованием платежной карты:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

Получено лицом,

ответственным за совершение операции \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (должность, Ф.И.О.)

Медицинские услуги оказаны в полном объеме:

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (должность, Ф.И.О.)

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (должность, Ф.И.О.)

Медицинская сестра

процедурного кабинета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (должность, Ф.И.О.)

М.П.