

### СМЕТА

на оказание платных медицинских услуг, предоставляемых потребителю в соответствии с заключенным договором

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Количество	Стоимость за единицу (руб.)	Скидка (%)	Сумма (руб.)
1					
2					
3					

ИТОГО:

Срок выполнения (дата выполнения):

**Исполнитель:**

**Заказчик:**

ОГРН  
ИНН  
КПП

Паспорт №  
Выдан

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись \_\_\_\_\_ / /

М.П.