Приложение N 2

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы**

**«Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой**

**Департамента здравоохранения города Москвы»**

Договор-счет № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Приложение к \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Потребитель (ФИО): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения (пациента): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заказчик (ФИО): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  | **Наименование услуги** | **Стоимость услуги, руб.** | **Кол-во****услуг** | **Сумма,****руб** |  |  | **Кем оказано** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |

 Итого: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ р.

Сумма прописью: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Возврат денежных средств:**

Оформление возврата производится строго в будние дни с 9.00 до 15.30.

Возврат производится на основании заявления по возврату денежных средств, выписки (при возврате денежных средств за лечение, сервисные услуги (сервисные палаты, оплата пребывания сопровождающего лица)) и договора-счета, подписанного старшей медицинской сестрой или лечащим врачом, с отметкой о причине возврата, с паспортом родителя, на имя которого был оформлен договор.

Заявление оформляется в регистратуре отделения платных услуг.





Заказчик/ Потребитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Представитель Исполнителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ зав. отд. платных услуг

 ГБУЗ «ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ»

 Миронова А.К.