

Приложение N 1
к Договору оказания платных
медицинских услуг
от "___" _____ г. N ___

**План N _____
оказания медицинских услуг**

г. Москва

"___" _____ г.

_____ (Ф.И.О.), гражданин РФ, паспорт
гражданина РФ серия _____ № _____, выдан _____ (дата)

_____ (кем),
зарегистрированный по адресу: _____

именуемый в дальнейшем "Заказчик", с одной стороны и

Общество с ограниченной ответственностью «Стоматологическая поликлиника ЮАО»,
юридический/фактический адрес: 115551, г. Москва, Каширское шоссе 94 к. 1, внесенный в ЕГРЮЛ за
государственным регистрационным номером ОГРН 1027739150020 от 19 октября 2006 года
Инспекцией Федеральной налоговой службы г. Москвы именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в
лице генерального директора Авдалян Инессы Мнацакановны, действующего на основании Устава и
лицензии на осуществление медицинской деятельности от 19 декабря 2019 № ЛО-77-01-019305-
выданной Управлением лицензирования Департамента здравоохранения г.Москвы, адрес: ,площадь
Журавлёва дом 12, тел: 8 (495) 652-82-47 с другой стороны, совместно именуемые "Стороны",

составили настоящий План оказания медицинских услуг Заказчику (потребителю) в соответствии с
диагнозом _____, поставленным Заказчику (потребителю) _____,
и на основании выбранного Заказчиком (потребителем) варианта лечения из представленных ему
Исполнителем.

N п/п	Наименование услуги	Срок оказания услуги	Место оказания услуги, ответственное лицо	Стоимость услуги, руб.	Срок оплаты услуги
1					
2					
	Итого				

Подписи Сторон

Исполнитель:

Заказчик (потребитель):

Генеральный директор
ООО «Стоматологическая
Поликлиника ЮАО»
Авдалян И.М.

_____ (Ф.И.О.)

_____ (подпись)

_____ (подпись)