

**Направление для определения стоимости лечения**

Фамилия имя отчество пациента \_\_\_\_\_

Год рождения \_\_\_\_\_

Номер амбулаторной карты/ стационарной карты \_\_\_\_\_

Фамилия имя отчества врача \_\_\_\_\_

Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги	Примечание

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Подпись и печать врача

\_\_\_\_\_