

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 _____