

ФИО	ТЕСТОВАЯ Рыбка
Дата рождения	Капповна 01.01.2000
Договор №	28548
Врач	Полев Г.А.

Услуга	Кол-во	Цена	Сумма к оплате, руб	Программа
Эмболизация сосудов (без стоимости эмболизата)	1	260 000	260 000,00	
Трансфузия крови и ее компонентов (без стоимости компонентов крови и кровезаменителей)	1	14 000	14 000,00	
2- местная палата, 24 часа: уход и наблюдение за пациентом в стационарном отделении (лечебное размещение)	6	42 000	252 000,00	
Реанимационная палата, 12 часов	1	64 000	64 000,00	
Лечение с применением медикаментов	1	101 080	101 080,00	
Применение медицинских расходных материалов в лечении, не входящих в стоимость хирургии	1	200 000	200 000,00	
Лечение с применением компонентов крови	1	70 000	70 000,00	
Удаление новообразования основания черепа эндоскопическое трансназальное неосложненное	1	345 000	345 000,00	
Гистологическое исследование операционного материала класса UN-1	1	5 800	5 800,00	
ИТОГО, gross			1 311 880,00	

ИТОГО 1 311 880,00

Заказчик (Пациент) полностью согласен с указанной в настоящем Плате ориентировочной стоимостью Услуг, понимает, что перечень Услуг не является исчерпывающим, а итоговая стоимость Услуг может измениться ввиду обстоятельств, не зависящих от воли Сторон, в том числе в связи с появлением новых данных о характере и особенностях заболевания, изменениями в его развитии и течении, индивидуальными особенностями организма Заказчика (Пациента), медицинскими показаниями, осложнениями, носящими вероятностный характер и которые могут наступить при надлежащем, полном и качественном оказании Услуг Исполнителем, а также по иным причинам, составляющим объективную медицинскую необходимость. Окончательная стоимость услуг определяется в Акте.

В стоимость могут быть включены и подлежат 100 (Сто)% оплате все расходные материалы, лекарственные средства, компоненты крови, медицинские изделия, которые были заказаны/зарезервированы/приобретены Ильинской больницей специально и исключительно для данного Пациента и которые не при каких обстоятельствах во исполнение требований о безопасности используемых медицинских изделий и лекарственных препаратов не могут быть использованы для других пациентов (в т.ч. в связи с вскрытием запечатанной тары).

ПАЦИЕНТ

(Заказчик/Представитель)

подпись

ФИО полностью

ВРАЧ

(Исполнитель)

подпись

Полев Г.А.

ПОРУЧИТЕЛЬ

(согласно п. 4.3.2. Договора)

