



www.unilab.su

**Бесплатная консультация ВРАЧА
по телефону 8-800-555-55-69**

ООО "ЮНИЛАБ-ВЛАДИВОСТОК"

Единая справочная 8 (423) 224-21-24

Дата _____

№ заказа _____

Лаб. номер _____

ПРИЛОЖЕНИЕ К ДОГОВОРУ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Ф.И.О.: _____ Дата рождения: _____ Пол: _____

DS: _____ Телефон: +7 _____ e-mail: _____

ПЕРЕЧЕНЬ ИССЛЕДОВАНИЙ

Код	Наименование	Количество	Стоимость
ИТОГО:			

ИТОГО:

Скидка :

ИТОГО со скидкой:

Сумма прописью:

С выбранными исследованиями (услугами) согласен: Подпись заказчика _____

Заказчик подтверждает свое согласие на направление кассового чека, подтверждающего оплату услуг, в электронной форме по адресу электронной почты, указанному в Договоре:

Подпись заказчика _____

При выявлении сомнительных результатов лаборатория оставляет за собой право проведения подтверждающего теста за счет компании.

Время получения результата при проведении подтверждающего теста может быть увеличено на тот же срок.