



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:**

**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.