Заявление

Прошу Вашего разрешения на предоставление мне следующих медицинских услуг на платной основе

№ п/п	Наименование платной медицинской услуги	Стоимость услуги (в рублях)

С положением о порядке предоставления платных медицинских услуг учреждения здравоохранения с.Ахты Ахтынского района ознакомлен.