

Счет № ____ от ____
 за оказанные услуги _____
 (Ф.И.О.)
 в период с ____ по ____.

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Учреждение здравоохранения « _____ »

Юридический адрес: _____

р/с _____ ЦБУ № ____ банк _____, код

УНП _____, ОКПО _____

Адрес банка:

ПЛАТЕЛЬЩИК _____

(ф.и.о.)

Паспорт: серия _____ номер _____ личный номер _____

Выдан: _____

Адрес: _____

Дата оказания услуги	Наименование услуги	Кол-во	Цена	Сумма

ИТОГО к оплате _____ (прописью)

Подписи

печать