modificat

IMSP Centrul Stomatologic Municipal pentru Copii
Chişinău, bd.C.Negruzzi,3
C/F 1003600153049

CERERE

de prestare a serviciilor contra plată

Subsemnatul(a),_____

nume, prenume, anul naşterii

_____

domiciliu, act de identitate denumirea, seria, nr.

_____***telefon de contact, e-mail***

Solicit prestarea serviciilor medicale stomatologice contra plată privind cet.

_____

nume, prenume, anul naşterii

_____

domiciliu,* act de *identitate* denumirea, seria, nr.; *gradul de rudenie

Fişa medicală a pacientului stomatologic Nr._____

Medic _____

Nr.	Data	Cod procedură	Preţ, lei	Unităţi	Suma, lei	Semnătura Medic	Semnătura Pacient

Nr.	Data	Cod procedură	Preț, lei	Unități	Suma, lei	Semnătura Medic	Semnătura Pacient

Sunt de acord să achit tratamentul și declar pe proprie răspundere că în cazul în care mă răzgândesc sau abandonez tratamentul pe parcursul acestuia nu voi avea nicio pretenție cu privire la returnarea sumei achitate inițial.

Sunt informat despre condițiile și modul de prestare a serviciilor solicitate.

Data _____ **Semnătura** _____