Приложение № 3
к Положению о порядке предоставления платных
медицинских и иных (сервисных) услуг ГБУЗ "ОКБ № 3"

СВОДНЫЙ ОТЧЕТ

отделения _____
по платным услугам за _____ 20__ г.

№ ИБ	Фамилия, имя, отчество больного	Наименование услуги	Кол-во услуг	Плательщик*	Медикаменты**, кол-во	дата пост./ выписки

* при оплате в кассу - указывается "касса"; при оплате по безналичному расчету - наименование страховой компании с указанием номера страхового полиса, либо организации.

** медикаменты, приобретенные больницей

Заведующий отделением _____ /_____/

Дата "___" _____ 20__ г.