

(наименование юридического лица Исполнителя)

Определение стоимости годовой комплексной программы

Таблица № 1

Название программы	Возраст ребенка (возрастной интервал)									
	0 - 1		1 - 3		3 - 7		7 - 12		12 - 17	
	Стоимость без системы «Личный врач», руб.	Стоимость с системой «Личный врач», руб.*	Стоимость без системы «Личный врач», руб.	Стоимость с системой «Личный врач», руб.*	Стоимость без системы «Личный врач», руб.	Стоимость с системой «Личный врач», руб.*	Стоимость без системы «Личный врач», руб.	Стоимость с системой «Личный врач», руб.*	Стоимость без системы «Личный врач», руб.	Стоимость с системой «Личный врач», руб.*
«В клинике»	№1 - 93 000	№2 - 110 000	№5 - 88 000	№6 - 104 000	№9 - 84 000	№10 - 100 000	№13 - 63 000	№14 - 78 000	№17 - 69 000	№18 - 84 000
«На дому»	№3 - 140 000	№4 - 170 000	№7 - 128 000	№8 - 143 000	№11 - 117 000	№12 - 134 000	№15 - 91 000	№16 - 107 000	№19 - 101 000	№20 - 118 000

*- При обслуживании по программе с системой «Личный врач» услуги за наличный расчет предоставляются по действующему на момент оказания услуги прейскуранту со скидкой 10%.

Таблица № 2

Коэффициенты, повышающие годовой авансовый платеж по Программам

№ п/п	Основания для применения повышающего коэффициента	Коэффициент
1.	Пациенты с установленной группой здоровья 2Б и 3	1,2
2.	- Проживание до 15 км от МКАД (кроме прикрепления на медицинское обслуживание к Клинике «Подольск»**); - при прикреплении на медицинское обслуживание к клинике «Новая Рига»**;	1,2
3.	Пациенты с установленной группой здоровья 2Б и 3 и проживающие до 15 км от МКАД	1,3

** - Обслуживание производится в радиусе до 15 км от клиники.

№ контракта: _____

Дата вступления контракта в силу : _____

Программа _____

Период действия программы: с « _____ » _____ 201_ г. по « _____ » _____ 201_ г.

Группа здоровья: _____

Адреса проживания: в пределах МКАД/ до 15 км от МКАД.

Стоимость контракта _____ (сумма прописью)

Сведения о клиенте:

Фамилия: _____

Имя: _____

Отчество: _____

Дата рождения: _____

Пол: _____

Адрес

Город _____ район _____ поселок _____

Улица _____

Номер дома _____ строение _____ подъезд _____ корпус _____ квартира _____

Телефоны (домашний _____, мобильный _____, рабочий _____)

При изменении адреса проживания просьба сообщить в клинику в течении 5 дней.

Информация о родителях:

Мама: _____

Отец: _____

Достоверность предоставленных сведений подтверждаю

(подпись одного из родителей) _____

Заказчик (Ф.И.О.) _____

Дата _____

Генеральный директор _____

Подпись _____