

Журнал
регистрации обращений на оказание платных медицинских услуг,
предоставляемых

В _____
(наименование структурного подразделения)

Начат: _____
Окончен: _____

№№ п/п	дата обращения	фамилия, имя, отчество(полностью), документ удостоверяющий личность потребителя (заказчика)	Адрес и телефон потребителя (заказчика) услуг	вид услуги
1	2	3	4	5

оплата 100% 50%	документ, подтверждающий право на льготы	подпись потребителя (заказчика) услуги	аннулирование (возврат) договора, в случае отказа от услуги	Подпись потребителя (заказчика) о возврате договора	примечание
6	7	8	9	10	11