Приложение № 2
к Договору № ____ от «__» _____ 2020 года

График оказания медицинских услуг

№	Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения	Пол	Номер телефона	Адрес проживания	Адрес регистрации	Полис ОМС	Паспорт (серия, номер, кем и когда выдан)	Дата оказания услуг	Время оказания услуг (час., мин. с интервалом 12 мин.)
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												