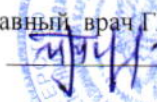


УТВЕРЖДАЮ:
Главный врач ГБУЗ СК «КККД»

И.В. Терентьева
«10» января 2022 г.



Смета
на предоставление платных медицинских услуг (предоплата)
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от _____

Исполнитель: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края
«Краевой клинический кардиологический диспансер»
Пациент (Заказчик) _____

Ф.И.О.(полностью)
Дневной стационар

Код исследования	Вид исследования	Общая стоимость (руб.)
7002(7050)	Регистрация, расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных (ЭКГ)	500
8050 (8052)	Эхокардиография	1580
7009	Мониторирование электрокардиографических данных	1744
15001	Взятие крови из периферической вены	215
5056	Взятие крови из пальца	67
5196	Общий (клинический) анализ крови развернутый	386
5065	Исследование уровня тромбоцитов в крови	218
5171	Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови	312
5321	Исследование уровня глюкозы в крови	162
5361	Общий (клинический) анализ мочи	408
5053	Микроскопическое исследование кала на гельминты с применением методов обогащения	389
5216	Анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический	644
5313	Исследование уровня мочевины в крови	153
5319	Исследование уровня креатинина в крови	211
5199	Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	1417
5330	Определение активности аспаратаминотрансферазы в крови	138
5331	Определение активности аланинаминотрансферазы в крови	136
	Стоимость 10-ти койко- дней	5880
	Всего:	14560

Исполнитель:
ГБУЗ СК «Краевой клинический кардиологический диспансер»
355026, г. Ставрополь, ул. Пригородная, 224-а
Св-во ОГРН 1022601954451, выдано ИМНС России по
Промышленному району г. Ставрополя 13.11.2002г.,
ИНН 2633004373 КПП 263601001
Главный врач ГБУЗ СК «КККД»
_____/

Пациент (Заказчик):
Фамилия, имя и отчество (если имеется),

Адрес места жительства и телефон:

Подпись: _____

Смета
на предоставление платных медицинских услуг (предоплата)
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от _____

Исполнитель: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края
«Краевой клинический кардиологический диспансер»

Пациент (Заказчик) _____

Ф.И.О.(полностью)
Кардиологическое отделение № 1

Код исследования	Вид исследования	Общая стоимость (руб.)
7002(7050)	Регистрация, расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных (ЭКГ)	500
8050 (8052)	Эхокардиография	1580
7009	Мониторирование электрокардиографических данных	1744
15001	Взятие крови из периферической вены	215
5056	Взятие крови из пальца	67
5196	Общий (клинический) анализ крови развернутый	386
5065	Исследование уровня тромбоцитов в крови	218
5171	Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови	312
5321	Исследование уровня глюкозы в крови	162
5361	Общий (клинический) анализ мочи	408
5053	Микроскопическое исследование кала на гельминты с применением методов обогащения	389
5216	Анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический	644
5313	Исследование уровня мочевины в крови	153
5319	Исследование уровня креатинина в крови	211
5199	Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	1417
5330	Определение активности аспартатаминотрансферазы в крови	138
5331	Определение активности аланинаминотрансферазы в крови	136
	Стоимость 10-ти койко- дней	7960
	Всего:	16640

Исполнитель:
ГБУЗ СК «Краевой клинический кардиологический диспансер»
355026, г. Ставрополь, ул. Пригородная, 224-а
Св-во ОГРН 1022601954451, выдано ИМНС России по
Промышленному району г. Ставрополя 13.11.2002г.,
ИНН 2633004373 КПП 263601001
Главный врач ГБУЗ СК «КККД»

_____ / _____ /

Пациент (Заказчик):
Фамилия, имя и отчество (если имеется),

Адрес места жительства и телефон:

Подпись: _____

Смета
на предоставление платных медицинских услуг (предоплата)
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от _____

Исполнитель: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края
«Краевой клинический кардиологический диспансер»

Пациент (Заказчик) _____

Ф.И.О.(полностью)
Кардиологическое отделение № 2

Код исследования	Вид исследования	Общая стоимость (руб.)
7002(7050)	Регистрация, расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных (ЭКГ)	500
8050 (8052)	Эхокардиография	1580
7009	Мониторирование электрокардиографических данных	1744
15001	Взятие крови из периферической вены	215
5056	Взятие крови из пальца	67
5196	Общий (клинический) анализ крови развернутый	386
5065	Исследование уровня тромбоцитов в крови	218
5171	Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови	312
5321	Исследование уровня глюкозы в крови	162
5361	Общий (клинический) анализ мочи	408
5053	Микроскопическое исследование кала на гельминты с применением методов обогащения	389
5216	Анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический	644
5313	Исследование уровня мочевины в крови	153
5319	Исследование уровня креатинина в крови	211
5199	Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	1417
5330	Определение активности аспаратаминотрансферазы в крови	138
5331	Определение активности аланинаминотрансферазы в крови	136
	Стоимость 10-ти койко- дней	7960
	Всего:	16640

Исполнитель:
ГБУЗ СК «Краевой клинический кардиологический диспансер»
355026, г. Ставрополь, ул. Пригородная, 224-а
Св-во ОГРН 1022601954451, выдано ИМНС России по
Промышленному району г. Ставрополя 13.11.2002г.,
ИНН 2633004373 КПП 263601001
Главный врач ГБУЗ СК «КККД»

_____/ _____ /

Пациент (Заказчик):

Фамилия, имя и отчество (если имеется),

Адрес места жительства и телефон:

Подпись: _____

Смета

на предоставление платных медицинских услуг (предоплата)
к договору на оказание платных медицинских услуг

№ _____ от _____

Исполнитель: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края
«Краевой клинический кардиологический диспансер»

Пациент (Заказчик) _____

Ф.И.О.(полностью)

Отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции

Код исследования	Вид исследования	Общая стоимость (руб.)
7002(7050)	Регистрация, расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных (ЭКГ) Электрокардиография (ЭКГ)	500
8050 (8052)	Эхокардиография	1580
22050	Мониторирование электрокардиографических данных (на аппарате "Астрокард" 12-ти канальный)	2000
15001	Взятие крови из периферической вены	215
5056	Взятие крови из пальца	67
5196	Общий (клинический) анализ крови развернутый	386
5065	Исследование уровня тромбоцитов в крови	218
5171	Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови	312
5321	Исследование уровня глюкозы в крови	162
5361	Общий (клинический) анализ мочи	408
5053	Микроскопическое исследование кала на гельминты с применением методов обогащения	389
5216	Анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический	644
5313	Исследование уровня мочевины в крови	153
5319	Исследование уровня креатинина в крови	211
5199	Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	1417
5330	Определение активности аспаратаминотрансферазы в крови	138
5331	Определение активности аланинаминотрансферазы в крови	136
	Стоимость 10-ти койко- дней	21190
	Всего:	30126

Исполнитель:

ГБУЗ СК «Краевой клинический кардиологический диспансер»

355026, г. Ставрополь, ул. Пригородная, 224-а
Св-во ОГРН 1022601954451, выдано ИМНС России по
Промышленному району г. Ставрополя 13.11.2002г.,
ИНН 2633004373 КПП 263601001

Главный врач ГБУЗ СК «КККД»

_____/ /

Пациент (Заказчик):

Фамилия, имя и отчество (если имеется),

Адрес места жительства и телефон:

Подпись: _____