**Гарантийное письмо**

**ООО МСК «АйАйСи»**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование ЛПУ |  |
| Вид лечения (конс., госпит., |  |
| Дата оказания услуг |  |
|  |  |

**Застрахованный**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
| Год рождения |  |
| Номер страхового медицинского полиса |  |

Оплату медицинских услуг, оказанных по основному заболеванию, гарантируем согласно условиям заключенного Договора № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Дополнительные назначения просьба согласовывать со страховой компанией.

Срок действия направления 10 дней.

**Генеральный директор**

**ООО МСК «АйАйСи» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Морозова И.Ю./**

**М.П. подпись**

**Исполнитель:**