

{ Логотип }

Акт приемки-передачи по оказанным медицинским услугам за	{ДатаСчета}
--	-------------

ФИО пациента: {ФамилияИмяОтчество}

Родитель: {!Родитель}

Адрес: {!Адрес}

ФИО лечащего врача: {ФамилияИмяОтчествоВрача}

ФИО ассистента врача: {ФамилияИмяОтчествоАссистента}

Процедуры					
№	Наименование процедуры	Цена за единицу	№ Зуба(ов)	Кол-во	Сумма
{№}	{Наименование}	{Цена}	{Зуб}	{Количество}	{Сумма}
ИТОГО ПО ОКАЗАННЫМ УСЛУГАМ					{ИтогоУслуги}

Лечение по гарантии	{!ЛечениеПоГарантии}
ДМС	{!Страховая}
Услуги по купону	{!Купон}
{СкидкаТекст}	{!СкидкаЗначение}
Итого по услугам со скидкой	{!ИтогоСоСкидкой}
Предплата пациентом будущих услуг \ погашение задолженности	{!Предплата}
Кредитование пациента \ зачет аванса	{!Задолженность}
ИТОГО К ОПЛАТЕ	{ИтогоОплата}

Я, {ФамилияИмяОтчество}, подтверждаю, что по Договору {НомерКарты} на оказание платных медицинских услуг Исполнитель качественно, своевременно и в полном объеме выполнил принятые на себя обязательства. Заказчик удовлетворен качеством и объемом выполненной работы (оказанной услуги), и принимает результат выполненной работы (оказанной услуги) по цвету, форме, внешнему виду, стоимости и другим характеристикам. Заказчик ознакомился с положением о гарантийных обязательствах по оказанию платных медицинских услуг. Заказчик не имеет к Исполнителю каких-либо претензий по выполненным работам (оказанным услугам).

Пациент: {ФамилияИмяОтчество}

{ТекущаяДата}

**ПРИЛОЖЕНИЕ К ДОГОВОРУ
возмездного оказания медицинских услуг
от {ДатаПервогоПриема} № {НомерКарты}**

г.Краснодар

{ДатаСчета}

В соответствии с п. 1.1 Договора возмездного оказания медицинских услуг заключенного между Клиникой и Пациентом, Клиника обязуется по заданию Пациента оказать медицинские услуги (далее – «Услуги»), а Пациент обязуется принять и оплатить эти Услуги:

{Процедуры}						
№	Код услуги	Наименование процедуры	Цена за единицу	№ Зуба(ов)	Кол-во	Сумма
{№}	{Код}	{Наименование}	{Цена}	{Зуб}	{Количество}	{Сумма}
ИТОГО ПО ОКАЗАННЫМ УСЛУГАМ						{ИтогоУслуги}

{Скидка.Название}	{!Скидка}
Итоговая стоимость со скидкой	{Услуги.Итого.СоСкидкой}
Предоплата пациентом будущих услуг \ погашение задолженности	{!Предоплата}
Кредитование пациента \ зачет аванса	{!Задолженность}
Итого к оплате	{ОплатаЧислом}

Реквизиты и подписи сторон:

КЛИНИКА:

Общество с ограниченной ответственностью Стоматология
«СМАЙЛ»
ИНН 2308168063
КПП 230801001
ОГРН 1102308004853

Юридический адрес 350004, г. Краснодар, ул. Калинина, д. 69, оф. 12
Электронная почта admin@smileclinic.studio
Телефон 8(861)201-88-83
Подпись

Таран Г.В.

ПАЦИЕНТ:

{ФамилияИмяОтчество}

Подпись _____