

Приложение 1
к Договору на предоставление стоматологических услуг

№ ____ от « ____ » _____ 201 ____ г.

Заказ на предоставление стоматологических услуг

Ф. И. О. пациента _____

Ф. И. О. врача _____

№	Наименование услуг	Количество	Срок исполнения, дата	Цена по прейскуранту, руб.	Итого сумма к оплате, руб.

Исполнитель:

Заказчик:

—
подпись

—
расшифровка

—
подпись

расшифровка

Приложение 2
к Договору на предоставление стоматологических услуг

№ ____ от « ____ » _____ 201 ____ г.

План лечения

№	Наименование медицинской услуги	Срок оказания услуги	Должность и Ф. И. О специалиста, оказывающего услугу	Стоимость услуги	Примечание
1					
2					
3					
4					
5					

Ф. И. О. пациента: _____
подпись

Ф. И. О. врача: _____
подпись

к Договору на предоставление стоматологических услуг

№ ____ от « ____ » _____ 201 ____ г.

Акт

сдачи-приемки оказанных услуг

г. _____ « ____ » _____ г.

ООО «Стоматологическая поликлиника ЮАО» именуемая ____ в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____ действующая ____ на основании ____ Устава _____ (дан
ные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ № ____ от « ____ » _____ г. с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию; номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа), и Фамилия Имя Отчество, паспорт: серия _____ № _____, выдан _____ « ____ » _____ г., зарегистрирован по адресу: _____, именуем ____ в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», во исполнение Договора на предоставление стоматологических услуг от « ____ » _____ г. № _____ составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. Исполнитель по заданию и с письменного информированного согласия Пациента в период с « ____ » _____ г. по « ____ » _____ г. провел качественное обследование и лечение.
2. Первоначальный диагноз: _____.
3. Оказанная медицинская помощь: _____.
4. Диагноз после лечения: _____.
5. Стоимость оказанных услуг: _____ (_____) рублей.
6. Услуги оказаны качественно, в срок, Стороны взаимных претензий не имеют.
7. Период реабилитации: с « ____ » _____ г. по « ____ » _____ г.
8. Медицинские рекомендации на период реабилитации: _____.
9. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, по одному для каждой Стороны. Оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

Подписи Сторон:

Исполнитель:

(Ф. И. О.)

(подпись)

Пациент:

(Ф. И. О.)

(подпись)

Приложение №4
к Договору на предоставление стоматологических услуг

№ ____ от « ____ » _____ 201 ____ г.

ОТЧЕТ

**об оказанных пациенту медицинских услугах
за период _____**

г. _____ « ____ » _____ г.

В соответствии с Договором на предоставление стоматологических услуг от « ____ »
_____ г. № _____ в период с _____ по _____
_____ Исполнителем пациенту *Фамилия Имя Отчество*, дата рождения
оказаны следующие медицинские услуги:

Дата проведенного исследования, лечебного мероприятия	Наименование проведенного исследования, лечебного мероприятия	Должность и Ф. И. О. специалиста, проводившего исследование, лечебное мероприятие	Рекомендации по результатам проведенных исследований, лечебных мероприятий	Стоимость услуг

Общая стоимость оказанных в период с _____ по _____ медицинских
услуг составляет _____ (_____) рублей, в том числе НДС - _____ (_____)
рублей.

*Приложение: копии медицинских документов, выписки из медицинских документов,
отражающие состояние здоровья пациента после получения платных медицинских
услуг).*

Исполнитель: _____ (Ф. И. О.) _____ (подпись)

Отчет получил: _____ (подпись) _____ (Ф. И. О. Пациента)

« ____ » _____ г.