

**Форма «Приложение к договору
оказания платных стоматологических услуг»**

Дата
История болезни
№ _____
по наряд-заказу № _____ от _____

Приложение к Договору № _____ от _____ на оказание платных
стоматологических услуг
ФИО потребителя _____
Адрес _____
Врач _____

ОБЪЕМ ВЫПОЛНЯЕМЫХ РАБОТ

Дополнительные соглашения и их сроки		№ зуба	Код МКБ	Код усл.	Наименование услуги	Кол.-во усл.	Цена	Сумма
Начало	Окончание							

Всего

ОПЛАТА ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

Дата	Движение	Сумма	№ чека	Вид оплаты

Итого: _____

Подписи сторон:

Исполнитель

(ФИО/подпись врача)

Пациент

(ФИО/подпись врача)

Заказчик в интересах пациента

(ФИО/подпись врача)