

**Акт об оказании услуг от \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_**  
к договору от \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Исполнитель: ГАУЗ НО «Стоматологическая поликлиника г. Дзержинска»

Заказчик: \_\_\_\_\_ (ФИО)

Услуга (этап) выполнена: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. г.

Врач: \_\_\_\_\_ (ФИО)

Пациенту \_\_\_\_\_ (ФИО) (амбулаторная карта № \_\_\_\_\_)

оказаны с его согласия следующие услуги по стоматологическому лечению:

- 063 Ортодонтия
- 064 Стоматология и стоматология детская
- 065 Стоматология терапевтическая
- 066 Стоматология ортопедическая
- 067 Стоматология хирургическая
- 039 Рентгенология

№ п/п	Наименование услуги	Цена	Ед.изм	Кол-во	Сумма
1					
2					
3					

**Итого:  
Итого к  
оплате:**

**Оплачено:** \_\_\_\_\_

Оплата производилась:

Дата	Документ		Сумма
____.____.____.	касс.чек №		

Администратор \_\_\_\_\_

**Заказчик замечаний по объему и качеству оказанных услуг не имеет.**

**Исполнитель**  
Главный врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**Заказчик**  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /