|  |
| --- |
| **Приложение № 3** **к Договору № \_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года** |
| Перечень работ, составляющих медицинскую деятельность ПК "Дантист" в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности: |
|  При оказании первичной доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1. при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической; 2. при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической.

|  |
| --- |
| **Приложение № 4** **к Договору № \_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года****АКТ** |
| Медицинские услуги в соответствии с **Дополнительным соглашением** от «\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. №\_\_\_ и к Договору от «\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. №\_\_\_\_ на общую сумму (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_) рублей, оказаны в полном объеме, надлежащего качества, прием медицинским персоналом осуществлялся в соответствии с согласованным графиком, рекомендации выданы, лечение (обследование) проведено надлежащим образом, ведение медицинской документации осуществлялось своевременно. Медицинские услуги оплачены. Претензий к **Исполнителю** не имею.  |
| **Потребитель** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  подпись (ф.и.о.)  |
| **Исполнитель** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 подпись (ф.и.о.)М.П. |