|  |
| --- |
| **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. |