Приложение № 8

к договору

оказания платных

стоматологических услуг

**Акт об оказании платных стоматологических услуг**

.

ГАУЗ СО «Качканарская СП», адрес места нахождения: г.Качканар, 11 мкр., д.14а, ОГРН 1026601126705, ИНН 6615005100, лицензия на осуществление медицинской деятельности от "23"\_06\_ 2017 г. N Л041-01021-66/00314184 с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуем\_\_\_ в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора оказания платных медицинских услуг от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. Исполнитель оказал Потребителю услуги, включающие:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Срок оказания услуги | Наименование услуг | Срок гарантиина услугу | Стоимость услуги |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

2. Услуги согласно Договору оказаны в полном объеме.

3. Замечаний к услугам и предоставленным Исполнителем лекарственным препаратам, средствам, материалам не имеется.

4. Стоимость оказанных услуг за период с \_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_ составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.

5. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6. Подписи Сторон

Лечащий врач Исполнителя: Потребитель:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)