|  |
| --- |
| Приложение № 1к договору оказания платных стоматологических услуг  |

**План оказания 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 План оказания платных стоматологических услуг Потребителю на основании выбранного варианта лечения из представленных ему Исполнителем.

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

Подписи Сторон

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Лечащий врач Исполнителя: | Потребитель: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О.)* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О.)* |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(подпись)* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(подпись)* |