

Приложение № 1

к договору на предоставление платных
стоматологических медицинских услуг

от _____ № _____

Перечень
платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором

№	Наименование медицинской услуги	Единица измерения	Количество (объем)	Цена (тариф) за единицу измерения, руб.
Итого				

Исполнитель:
ОГАУЗ «ИГКБ № 10»

И.о. главного врача _____ /Е.А. Коралис/

Потребитель / Заказчик:

Потребитель:

Фамилия, имя и отчество (при
наличии):_____
Фамилия И.О._____
Подпись-----
Заказчик:Фамилия, имя и отчество (при
наличии):_____
Фамилия И.О._____
Подпись-----
Заказчик:Наименование _____
заказчика _____
юридического лица_____
должность, подпись, инициалы, фамилия