СЕТЬ КЛИНИК ЖЕМЧУЖИНКА
стоматология

приложение №1 к договору
на оказание платных медицинских услуг

дата _____

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ПЛАН (СМЕТА)
стоматологического вмешательства

ФИО полностью _____

Предварительный диагноз: **Номер зуба:**

18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38

Код услуги	**Наименование**	**Кол-во**	**Цена**	**Сумма**

Сумма	**Скидка(%)**	**Скидка(р.)**	**Итоговая сумма**

Итого: 300р. **Гарантийный срок:** мес. **Срок службы:** мес.

Заказчик, ФИО полностью: _____

_____

Врач: _____ **М.П.**

горячая линия: 8(800) 201-45-25

created with CRM UnoDenta ©2013 **UnoDenta.com**