ЗАКАЗ-НАРЯД НА ОКАЗАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ №

Дата_____ _____2024 года

Город: _____ Название клиники _____

ФИО пациента _____

Год рождения_____ № страховой карты_____

Место работы_____

Лимит на стоматологические услуги
на начало лечения, тенге _____

ФИО врача _____

Образец

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

Диагноз_____

Дата	Описание оказанных услуг	Сумма	Подпись пациента
	ИТОГО		

Гарантийный срок: _____

Врач: _____ /_____
Подпись ФИО МП

Подпись клиента: _____

P.S. Заполнение всех граф обязательно! В ином случае – недействительно, к оплате не принимается!