Приложение 4

 к Порядку

 о предоставлении услуг по бесплатному зубопротезированию

 и бесплатному обеспечению другими протезно - ортопедическими изделиями

 льготной категории населениягорода Докучаевска

 (пункт 2.11)

Утверждаю:

главный врач

ЦГБ г.Докучаевска МЗ ДНР

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Акт**

**выполненных работ на возмещение затрат по зубопротезированию**

**и обеспечению другими протезно-ортопедическими изделиями**

за период \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество (льготни-ка) | Адрес прописки (льготни-ка) | Номер льготного удостове-рения | Номер наряда | Перечень работ | Сумма (россий-ских рублей) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Итого: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заведующий врач - ортопед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Подпись) (Ф.И.О.)

Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Подпись) (Ф.И.О.)

Ф.И.О. льготника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Подпись)