|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Приложение 4  к Порядку предоставления услуг по бесплатному зубопротезированию льготной категории граждан города Горловка  (п. 2.10)  УТВЕРЖДАЮ  Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (название учреждения)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О. главного врача) |

Акт

выполненных работ на возмещение затрат по зубопротезированию

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О. | Адрес | Номер льготного удостоверения | Регистрационный номер заявления (номер наряда) | Сумма (рос. руб.) |
|  |  |  |  |  |

Зав. ортопедическим отделением

Составила

Медицинский регистратор

Пациент