|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 4  к Порядку обеспечения медицинскими услугами и расходными материалами по бесплатному зубопротезированию льготной категории граждан в учреждениях здравоохранения республиканской и муниципальной формы собственности (пункт 2.8) |

УТВЕРЖДАЮ:

Главный врач

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

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

(наименование учреждения здравоохранения)

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

(подпись) (Ф.И.О. главного врача)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

**АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ**

по льготному зубопротезированию

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Ф.И.О. | Адрес регистрации | Номер льготного удостоверения | Номер наряда | Сумма (росс.руб.) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| --- |  |  |  |  |  |
| Итого: | | | | |  |

Заведующий

ортопедическим отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

Составил:

уполномоченное лицо

учреждения здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

Ознакомлен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись пациента) (Ф.И.О. пациента)