

Приложение №1 к Договору о предоставлении платных медицинских услуг № 0000

План лечения «№ зуба» от( дата)

ФИО пациента                    **ФамилияИмяОтчество**  
 Представитель                **Представитель.ФамилияИмяОтчество**  
 Адрес                                Адрес

Услуги				
Наименование услуги	Зубы	Цена	Кол-во	Сумма
Наименование				Сумма
Код услуги	Зуб	Цена	Количество	Сумма
Итоговая стоимость услуг				<b>Итого</b>

Скидка	%
Итоговая стоимость со скидкой	

**СРОК ИСПОЛНЕНИЯ ПЛАНА СО ВРЕМЕНИ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ:** \_\_\_\_\_

После обследования, беседы с врачом мне понятен план, объем лечения, возможные осложнения на этапах лечения и с их учетом изменения плана лечения, этапов лечения, необходимость возможного дополнительного обследования, изменения сроков лечения, дополнительной оплаты.

Я получил(а) ответы на все мои вопросы и доверяю квалификации врача.

На лечение согласен (на)

С условиями оплаты согласен (на)

Оплата лечения пациентом происходит по прейскуранту клиники на день оказания услуг или в срок, согласованный Сторонами в Плане лечения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ и (или) дополнительном соглашении.

**Доктор, составивший**

**план лечения:** \_\_\_\_\_

**Пациент:** \_\_\_\_\_