**краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Стоматологическая поликлиника № 2, г. Барнаул" (ИНН: 2223011507 / КПП: 222301001)**
**Адрес (юридический): ,656063,Алтайский край, г.Барнаул, ул. Попова 6,**
**Телефоны: 99-95-31**

# Акт
## об оказании платных медицинских услуг
## от "_____" _____20__ г.

Заказчик:_____
Основание: Договор № _____ от "____" _____ 20 ___ г.
Валюта: Российский рубль

| № | Наименование работы (услуги) | Ед. изм. | Сумма |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | **Итого:** | |

*Всего оказано услуг на сумму:*
_____

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

От исполнителя: _____ _____
(должность) (подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

От заказчика: _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.