Дата приема:

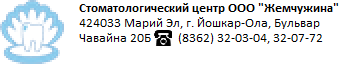
ФИО

Врач

С лечением согласен, с возможными осложнениями ознакомлен

Оплатил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C:\Users\EugeneDolgushev\Desktop\отрывная полоска.png



Дата приема:

ФИО

Врач

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ зуба** | **Диагноз** | **Услуга и материал** | **Цена за ед.** | **Сумма** |

К оплате:

С предложенным лечением согласен, с возможными осложнениями ознакомлен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_