от <Системная\_Дата>

«Отделение платных

услуг поликлиники»

Ул. Октябрьская 57

Тел. +375(25)8758493

**Акт выполненных работ №<ID\_Посещения>**

**Специальность врача:** <Специальность>

**Врач:** <ФИО\_Врача>

**Пациент:** <ФИО\_Пациента>

**Номер паспорта пациента:** <№\_Паспорта>

Поставленные диагнозы:

|  |  |
| --- | --- |
| **Категория диагноза** | **Диагноз** |

Назначенные лекарства:

|  |  |
| --- | --- |
| **Лекарство** | **Дозировка** |

Оказанные услуги:

|  |  |
| --- | --- |
| **Оказанная услуга** | **Стоимость** |

**Всего оказано услуг на сумму**: <ИС> бел. руб.

Подпись регистратора: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. М.П.