

ООО «ЮККИДЕНТ»

АКТ приема-передачи

К Договору оказания платных медицинских услуг

в области стоматологии № {НомерКарты} от {ДатаПервогоПриемаЧислом} года

Ф.И.О. Пациента {ФамилияИмяОтчество}

Дата рождения {ДатаРождения} г.

{ТекущаяДатаПолная} г.

Настоящим подтверждаю, что

Имплантаты в области

_____ зубов,

Меня полностью устраивают, удобны и не вызывает ни болевых ощущений, ни какого-либо покалывания или дискомфорта во рту в покое, при жевании, разговоре. Проведенное лечение не повлияло на мимику моего лица, симметрию артикуляцию, дикцию и соответствует условиям Договора, заключенного между мной и ООО «ЮККИДЕНТ». Я проинформирован врачом и понимаю, что любой имплантат, установленный в любой области в человеческое тело, может отторгнуться. В случае отторжения имплантата, либо в случае появления любого дискомфорта в области имплантации обязуюсь незамедлительно обратиться в клинику ООО «ЮККИДЕНТ»

Лечение по Договору № {НомерКарты} от {ДатаПервогоПриемаЧислом} г. проведено в полном объеме и в срок, предварительно согласованный со мной. Результат меня устраивает, моим ожиданиям соответствует.

Рекомендации получил(а). Претензий к Исполнителю не имею. С «Положением о гарантийных сроках и сроках службы» ООО «ЮККИДЕНТ» ознакомлен.

Подпись пациента _____ {ФамилияИмяОтчество}

Ф.И.О. пациента

Подпись Исполнителя _____

Генеральный директор _____

Главный бухгалтер _____