

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 временные/постоянные реставрации/виниры/коронки/керамические реставрации в области

\_\_\_\_\_ зубов,

зафиксированные на постоянный/временные цемент \_\_\_\_\_

Меня полностью устраивают, удобны и не вызывает болевых ощущений и/или дискомфорта во рту в покое, при жевании, во время разговора.

Проведенное лечение положительно повлияло/не повлияло на мимику моего лица, симметрию артикуляцию, дикцию, \_\_\_\_\_

Цвет постоянных коронок (реставраций) мною проверен при естественном, искусственном, направленном, проходящем, рассеянном свете и подходит мне

\_\_\_\_\_ Я понимаю, что любая переделка будет проводиться за мой счет.

Стоматологическая конструкция \_\_\_\_\_

в области \_\_\_\_\_ зубов,

удобна и не вызывает болевых ощущений и/или дискомфорта во рту в покое, при жевании, во время разговора. Проведенное лечение положительно повлияло/не повлияло на мимику моего лица, симметрию артикуляцию, дикцию.

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 \_\_\_\_\_