Приложение N __
к договору № _____
от «___»_____20__ г.

Перечень платных стоматологических услуг, предоставляемых в соответствии с договором № ____ от «___»_____20__ г.

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во	Срок исполнения, дата	Цена по прейскуранту	Итого сумма к оплате

Исполнитель
Директор _____ Новаторова А.С.
МП

Заказчик
_____ (_____)

Потребитель _____(_____)