Приложение № ___
к договору на оказание платных медицинских услуг
от " " 20 года №

АКТ
ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

по договору на оказание платных медицинских услуг от " " 20 года №

г.Ставрополь " " 20 года.

Заказчик ,
(Полностью Фамилия, имя, отчество (для юридического лица - наименование))

Потребитель ,
(Потребителем является Пациент) (Полностью Фамилия, имя, отчество)

Законный представитель Потребителя ,
(если имеется или обязателен в силу Закона) (Полностью Фамилия, имя, отчество (для юридического лица - наименование))

с одной стороны, и **государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Краевая специализированная клиническая инфекционная больница»**, адрес (местонахождение) юридического лица: 355019, Ставропольский край, г.Ставрополь, ул.Серова, 521, ОГРН 1022601952130, ИНН 2633001990, КПП 263401001, лицензия от 21.06.2019, регистрационный номер лицензии Л041-01197-26/00348052, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице бухгалтера 1 категории Редькиной Юлии Алексеевны, действующей на основании доверенности от 23.04.2023 №53, выданной главным врачом Яценко Натальей Александровной, действующей на основании Устава и приказа Министерства здравоохранения Ставропольского края от 31.07.2020 № 15-03/359, с другой стороны, **составили настоящий акт о нижеследующем:**

1. В соответствии с условиями договора Исполнителем - государственным бюджетным учреждением здравоохранения Ставропольского края «Краевая специализированная клиническая инфекционная больница» предоставлены Потребителю следующие платные медицинские услуги:

№ п/п	Код (согласно прейскуранту)	Наименование медицинской услуги	Количество	Срок ожидания услуги	Цена за ед. услуги	Стоимость услуги
1	2	3	4	5	6	7
					Всего к оплате:	

2. Стоимость оказанных Исполнителем платных медицинских услуг составляет:

( )
(Сумма цифрами) (Сумма прописью)
рублей.

3. Указанные в пункте 1 настоящего акта платные медицинские услуги, согласно договору, в установленные договором сроки, оказаны Потребителю в полном объеме.

4. Замечаний к предоставленным Исполнителем платным медицинским услугам не имеется.

5. Настоящий акт составлен по количеству Сторон, подписан Сторонами (уполномоченными представителями Сторон) и экземпляр акта предоставлен каждой из Сторон договора.

6. Подписи Сторон:

ОТ ЗАКАЗЧИКА:

(Полностью Фамилия, имя, отчество)

Для Заказчика, являющегося юридическим лицом – оттиск печати при её наличии (Данное требование не является обязательным)

(Личная подпись)

ОТ ИСПОЛНИТЕЛЯ:

(Полностью Фамилия, имя, отчество)

Оттиск печати при её наличии

(Личная подпись)

ОТ ПОТРЕБИТЕЛЯ (законного Представителя Потребителя):

(Полностью Фамилия, имя, отчество)

Для законного Представителя Потребителя, являющегося юридическим лицом – оттиск печати при её наличии (Данное требование не является обязательным)

(Личная подпись)