Приложение № 4

к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

**АКТ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ об оказанных платных медицинских услугах**

Г. Стерлитамак «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр НОРИС», в лице врача – специалиста либо медицинского работника, оказывающего медицинские услуги в соответствии с приказом № 7 от 01.01.2023г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, должность врача-специалиста либо медицинского работника)

именуемое далее Исполнитель, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО Потребителя (законного представителя Потребителя или лица, заключающего договор от имени Потребителя), либо ФИО Заказчика - физическое лицо, либо наименование Заказчика - юридическое лицо с указанием ОГРН/ИНН), именуемый далее Потребитель, с другой стороны, именуемые далее Стороны, заключили настоящий акт о нижеследующем:

1. В соответствии с заключенным договором на оказание платных медицинских услуг Исполнителем выполнены следующие работы (услуги):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код медицинской услуги | Наименование выполненных работ, оказанных услуг | Срок ожидания предоставления платных услуг | Стоимость в соответствии с Прейскурантом цен на момент фактического оказания услуг | Количество услуг | Сумма  (руб.) НДС не облагается |
|  |  |  |  |  |  |
| **ИТОГО** | | |  |  |  |

2. Зачтен оплаченный аванс в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.

3. Всего к окончательной оплате\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.

4. Услуги оказаны в срок, в полном объеме, оплата произведена. Стороны по договору претензий друг к другу по качеству Услуг, срокам оказания, объемам не имеют.

5. Адреса и подписи Сторон:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Исполнитель: ООО "Медицинский центр НОРИС"  Адрес: 453118, Республика Башкортостан, г. Стерлитамак,  ул. Худайбердина, д.101  Тел/факс: (3473) 24-03-03  ИНН/КПП 0268051739/026801001  р/с 40702810501170000402 в ПАО "БАНК УРАЛСИБ" в г. Уфа  к/с 30101810600000000770 БИК 048073770  Должность врача-специалиста либо медицинского работника    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО /подпись  М.П.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_линия отреза\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Потребитель (Заказчик):  ФИО (наименование)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Документ, удостоверяющий личность  паспорт (иной) серия/номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи  Кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО /подпись  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Приложение № 4

к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

**АКТ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ об оказанных платных медицинских услугах**

Г. Стерлитамак «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр НОРИС», в лице врача – специалиста либо медицинского работника, оказывающего медицинские услуги в соответствии с приказом № 7 от 01.01.2023г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, должность врача-специалиста либо медицинского работника)

именуемое далее Исполнитель, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО Потребителя (законного представителя Потребителя или лица, заключающего договор от имени Потребителя), либо ФИО Заказчика - физическое лицо, либо наименование Заказчика - юридическое лицо с указанием ОГРН/ИНН), именуемый далее Потребитель, с другой стороны, именуемые далее Стороны, заключили настоящий акт о нижеследующем:

1. В соответствии с заключенным договором на оказание платных медицинских услуг Исполнителем выполнены следующие работы (услуги):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код медицинской услуги | Наименование выполненных работ, оказанных услуг | Срок ожидания предоставления платных услуг | Стоимость в соответствии с Прейскурантом цен на момент фактического оказания услуг | Количество услуг | Сумма  (руб.) НДС не облагается |
|  |  |  |  |  |  |
| **ИТОГО** | | |  |  |  |

2. Зачтен оплаченный аванс в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.

3. Всего к окончательной оплате\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.

4. Услуги оказаны в срок, в полном объеме, оплата произведена. Стороны по договору претензий друг к другу по качеству Услуг, срокам оказания, объемам не имеют.

5. Адреса и подписи Сторон:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Исполнитель: ООО "Медицинский центр НОРИС"  Адрес: 453118, Республика Башкортостан, г. Стерлитамак,  ул. Худайбердина, д.101  Тел/факс: (3473) 24-03-03  ИНН/КПП 0268051739/026801001  р/с 40702810501170000402 в ПАО "БАНК УРАЛСИБ" в г. Уфа  к/с 30101810600000000770 БИК 048073770  Должность врача-специалиста либо медицинского работника    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО /подпись  М.П. |  | Потребитель (Заказчик):  ФИО (наименование)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Документ, удостоверяющий личность  паспорт (иной) серия/номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи  Кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО /подпись |