|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Приложение №3  к договору оказания платных медицинских услуг  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 г № \_\_\_\_\_\_\_  **ОБРАЗЕЦ!!!**  **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя "Городская инфекционная больница" ИНН 9204022351 КПП 920401001** | | | | | |
|  | **299003, Севастополь г, Внутригородская территория Ленинский муниципальный округ, Коммунистическая ул, дом 40, тел.:(8692)55-28-44** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Акт № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.** | | | | | |
|  | **об оказании услуг** | | | | | |
|  |  |  | | | | |
|  | Заказчик: Физ.лицо \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
|  | Основание: Договор от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_ | | | | | |
|  | Валюта: Руб. | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **№** | **Наименование работы (услуги)** | **Ед. изм.** | **Количество** | **Цена** | **Сумма** |
|  | 1 |  | услуга |  |  |  |
|  | 2 |  | услуга |  |  |  |
|  | 3 |  | услуга |  |  |  |
|  | 4 |  | услуга |  |  |  |
|  | 5 |  | услуга |  |  |  |
|  |  |  |  |  | **Итого:** | **0,00** |
| **Без налога (НДС):** | | | | | | **-** |
| **Всего (с учетом НДС):** | | | | | | **0,00** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | *Всего оказано услуг на сумму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 00 копеек, в т.ч.: НДС - Ноль рублей 00 копеек* | | | | | |
|  | Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет. | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Главный врач |  |  |  |  |
|  | От исполнителя: |  |  |  |
|  |  | (должность) |  | (подпись) | | (расшифровка подписи) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | М.П. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | От заказчика: | | | | | |
|  |  | (должность) |  | (подпись) | | (расшифровка подписи) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | М.П. |  |  |  |  |