

Акт об оказании платных медицинских услуг

Хабаровск

_____ 202 _____ г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Родильный дом" имени докторов Федора и Зинаиды Венцовых министерства здравоохранения Хабаровского края, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____

(должность, фамилия ИО)

действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин РФ _____, далее именуемый "Заказчик", с другой стороны, далее совместно именуемые "Стороны" составили настоящий акт о нижеследующем:

1. Исполнитель в соответствии с договором № _____ от _____ (далее - Договор) оказал, а Заказчик принял следующие медицинские услуги:

2. Оказанные услуги соответствуют требованиям, установленным условиями Договора, выполнены в сроки, установленные договором и полностью приняты Заказчиком.

3. Заказчик не имеет претензий к Исполнителю относительно качества и объема оказанных услуг.

4. Настоящий акт составлен в двух экземплярах и в соответствии с условиями договора является основанием для проведения расчетов Сторон за оказанные услуги.

ИСПОЛНИТЬ:	ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК):
<p>Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Родильный дом" имени докторов Федора и Зинаиды Венцовых министерства здравоохранения Хабаровского края</p> <p>Юридический адрес: 680017, г. Хабаровск, ул. Ленина, 67 Почтовый адрес: 680017, г. Хабаровск, ул. Ленина, 67 ИНН 2722007376 / КПП 272201001 Банковские реквизиты Р/счет 03224643080000002200 Банк ОТДЕЛЕНИЕ ХАБАРОВСК БАНКА РОССИИ/УФК по Хабаровскому краю г. Хабаровск БИК 010813050 Корсчет банка 40102810845370000014 ОКТМО 08701000 E-mail: rdventsovakhv@mail.ru Тел.: 8 (4212) 21 64 40 – приемная; 8 (4212) 42 26 90 - экономисты, 429215-бухгалтерия</p>	<p>Ф.И.О. _____</p> <p>Проживающая (щий): _____</p> <p>Паспорт гражданина РФ, серия _____ № _____</p> <p>выдан: _____ года</p> <p>кем: _____</p>
Подписи:	
<p>Руководитель _____</p> <p>М.П. _____</p>	<p>Потребитель (заказчик) _____</p>