Приложение

к договору от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Соглашение (акт) об оказании платных медицинских услуг**

г. Владивосток «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Альтаир 03», адрес: 690091, г. Владивосток, Океанский проспект, д.29, пом.1, тел. 8(423) 243-14-15, сайт: https://kpkmedic.ru, именуемое далее **«Исполнитель**», в лице директора Скок Ирины Геннадьевны, с одной стороны,

и **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,**»**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, именуемый в дальнейшем **«Пациент»**, составили настоящий отчет (акт) о нижеследующем:

1. Исполнитель оказал Заказчику /Пациенту Медицинские услуги по договору об оказании платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_ г. (далее - Договор):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование медицинской услуги | Кол-во | Цена за единицу, руб. | Стоимость, руб. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ИТОГО: | | | |  |

Стоимость оказанных услуг составила\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей.

2. Указанные в п.1 настоящего Соглашения (акта) услуги согласно Договору оказаны в полном объеме.

3. Заказчик/Пациент замечаний, претензий по количеству и качеству Медицинских услуг, оказанных Исполнителем не имеет. Вся необходимая информация о медицинских услугах и о возможных неблагоприятных последствиях была Пациенту предоставлена.

4. Настоящее Соглашение (акт) составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон и является неотъемлемой частью Договора оказания медицинских услуг от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Подписи сторон:

Пациент (принял)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Исполнитель (выполнил) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.и.о. врача

Ф.и.о. врача