ПРИЛОЖЕНИЕ

к приказу ФГБОУ ВО

Кировский ГМУ Минздрава России

от \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Акт об оказании платных медицинских услуг**

г. Киров "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Кировский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России) именуемое в дальнейшем «Университет» или «Исполнитель», в лице директора клиники Вершинина Александра Владимировича, действующей/его на основании доверенности № 15/2023 от 01.01.2023, с одной стороны, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ФИО

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны,

и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*для заказчика ФЛ – ФИО / для заказчика ЮЛ - наименование, в лице кого (должность/ФИО/основание действия)*

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с третьей стороны\* именуемые в дальнейшем совместно и каждый в отдельности «Стороны», подписали настоящий акт об оказании медицинских услуг о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора об оказании платных медицинских услуг от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. N \_\_\_\_ (далее - Договор) Исполнитель оказал Пациенту медицинские услуги, включающие:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование медицинских услуг** | **Цена, руб.** | **Кол-во** | **Стоимость, руб.** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **ИТОГО:** |  |

2. Указанные в п. 1 настоящего Акта услуги согласно Договору оказаны в полном объеме и надлежащего качества.

3. Замечаний/претензий к услугам, их качеству, срокам оказания услуг и предоставленным Исполнителем лекарственным препаратам, средствам, материалам, у Пациента/Заказчика\* не имеется.

4. Настоящий Акт составлен в двух (трёх)\*\* экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

 *(нужное подчеркнуть)*

5. Подписи Сторон

|  |  |
| --- | --- |
| Университет Директор клиники\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.В. Вершинин  м.п.  | Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Подпись, ФИО) м.п. (при наличии)  |
|  | Заказчик \*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Подпись, ФИО) |

\* - Заполняется в случае оказания платных медицинских услуг по 3-х стороннему договору;

\*\* - Три экземпляра указывается в случае в случае оказания платных медицинских услуг по 3-х стороннему договору.