

Приложение № 2
к договору на оказание платных медицинских услуг в стационаре

Акт
оказанных услуг по договору № _____ от _____ г.
на оказание платных медицинских услуг в стационаре

г. Смоленск

«_____» _____ 20____ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Смоленск) (ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Смоленск)) (Свидетельство серия 67 № 001820639 от 27.09.2012 г., выданное ИФНС России по г. Смоленску, лицензия Л041-00110-67/00327563 от 22.08.2018 г., выданная Территориальным органом Росздравнадзора по Смоленской области, ИНН 6732033809, ОГРН 1126732001440), именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице Главного врача Овсянкина Анатолия Васильевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (-ка)

(Ф.И.О., адрес места жительства и телефон законного представителя)

действующий (-ая) в интересах несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица - **Потребителя**:

(Ф.И.О. несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица)

именуемый в дальнейшем «**Заказчик**» (**Законный представитель**), с другой стороны, совместно именуемые «**Стороны**» составили настоящий Акт о том, что на основании Договора № _____ от _____ на оказание платных медицинских услуг в стационаре, Исполнителем надлежащим образом оказаны, а Заказчиком (Законным представителем) приняты услуги по вышеуказанному договору.

**ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ОКАЗАННЫХ В СООТВЕТСТВИИ С
ДОГОВОР**

№ п/п	Наименование (виды) медицинской услуги	Количество	Цена, в рублях	Сумма, в рублях

Стоимость медицинских услуг составляет _____.

Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

Замечаний (претензий) по оказанным услугам не имеется.

«Исполнитель»:

ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Смоленск)
214031, г. Смоленск, пр-т Строителей, д. 29
ИНН 6732033809 КПП 673201001
ОГРН 1126732001440
р/с 032146430000000016300
Банк получателя: ОКЦ № 5 ГУ Банка России по
ЦФО/УФК по Смоленской области
БИК 016614901, e.mail: contacts@orthosmolensk.ru.
Лицензия выдана Территориальным органом
Росздравнадзора по Смоленской области,
расположенным по адресу: г. Смоленск, ул.
Большая Советская, д. 30/11, 4-ый этаж. Телефон:
8-4812 30-26-14

Главный врач

_____ А.В. Овсянкин

«Заказчик (Законный представитель)»:

(Ф.И.О, данные документа, удостоверяющего личность)

(адрес места жительства или адрес места пребывания)

(контактный телефон)

(подпись, расшифровка подписи, дата)