

Форма

Акт об оказании платных медицинских услуг
по договору на оказание платных медицинских услуг
от _____ 202_ г. № _____

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника № 44 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ДСП № 44 ДЗМ»), имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01137-77/00368435 от 26 августа 2020 г., выданную Департаментом здравоохранения города Москвы на срок: бессрочно, именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице _____ (должность) _____ (Ф.И.О.), действующего на основании доверенности № _____ от _____ 202_ г., и _____ (Ф.И.О.), именуемый(-ая) в дальнейшем Заказчик, действующий в интересах _____ (Ф.И.О.), дата рождения _____ г., именуемого(-ой) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, вместе именуемые так же Стороны, составили настоящий акт о том, что Исполнитель оказал Заказчику (Пациенту), а Заказчик (Пациент) принял нижеперечисленные платные медицинские услуги:

№ п/п/	Код услуги	Наименование услуги по прейскуранту	Количество	Цена услуги (руб.)	Сумма (руб.)
1.					
2.					
3.					
Всего к оплате:					

Претензии со стороны Заказчика (Пациента) к оказанным платным медицинским услугам отсутствуют.

Сумма, подлежащая уплате Исполнителю, за оказанные платные медицинские услуги, принятые Заказчиком (Пациентом) по настоящему акту составляет: _____ (_____) руб. ___ коп.

Настоящий акт составлен в двух подлинных экземплярах по одному для каждой из сторон.

Адреса, банковские реквизиты и подписи Сторон

Заказчик:
Ф.И.О. _____
Адрес регистрации _____
Паспорт гражданина: _____
Телефон: _____
e-mail: _____
Пациент (при несовпадении в одном лице с Заказчиком):
Ф.И.О. _____
Адрес регистрации _____
Паспорт гражданина: _____
Телефон: _____
e-mail: _____

Исполнитель:
ГБУЗ «ДСП № 44 ДЗМ»
ОГРН 1037736030200
ИНН/КПП 7736239810/773601001
Место нахождения: г. Москва, Университетский пр-т, д.4А, корп.1
Тел.: 8(495)930-33-69, факс: 8(495)930-97-62, платное отделение:
8(499) 444-59-5 (доб. 2), справочная: 8(495)444-59-55
e-mail: dsp44@zdrav.mos.ru
р/счет 03224643450000007300
к/счет 40102810545370000003
лицевой счет 2605442000930888 в ГУ Банка России по ЦФО
БИК 004525988 ОКПО 05022549

Представитель по доверенности

_____/_____/_____
м.п.