|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение №3к договору оказания платных медицинских услугот \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 г № \_\_\_\_\_\_\_**ОБРАЗЕЦ!!!****Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя "Городская инфекционная больница" ИНН 9204022351 КПП 920401001** |
|  | **299003, Севастополь г, Внутригородская территория Ленинский муниципальный округ, Коммунистическая ул, дом 40, тел.:(8692)55-28-44** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Акт № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.** |
|  |  **об оказании услуг** |
|  |  |  |
|  | Заказчик: Физ.лицо \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Основание: Договор от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_ |
|  | Валюта: Руб. |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **№** | **Наименование работы (услуги)** | **Ед. изм.** | **Количество** | **Цена** | **Сумма** |
|  | 1 |  | услуга |  |  |  |
|  | 2 |  | услуга |  |  |  |
|  | 3 |  | услуга |  |  |  |
|  | 4 |  | услуга |  |  |  |
|  | 5 |  | услуга |  |  |  |
|  |  |  |  |  | **Итого:** | **0,00** |
| **Без налога (НДС):** | **-** |
| **Всего (с учетом НДС):** | **0,00** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | *Всего оказано услуг на сумму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 00 копеек, в т.ч.: НДС - Ноль рублей 00 копеек* |
|  | Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Главный врач |  |  |  |  |
|  | От исполнителя: |  |  |  |
|  |  | (должность) |  | (подпись) | (расшифровка подписи) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | М.П. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | От заказчика: |
|  |  | (должность) |  | (подпись) | (расшифровка подписи) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | М.П. |  |  |  |  |