

АКТ
сдачи-приемки оказанных услуг

г. Москва

«__» ____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение города Москвы пансионат «Никольский парк» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**» в лице директора Юсупова Альберта Рафаиловича, действующего на основании Устава, утвержденного приказом Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы от 09 марта 2021 года № 177 (ОГРН 5087746333197 от 31.10.2008г.; свидетельство о государственной регистрации юридического лица от внесении записи в ЕГРЮЛ от 31.10.2008 серия 77 № 011065215 выдано Межрайонной инспекцией ФНС № 46 по г. Москве), лицензии на осуществления медицинской деятельности № ЛО-77-01-017004 от 13.11.2018 г., выданной Департаментом здравоохранения города Москвы, 127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43, тел. 8(499)251-83-00) с одной стороны, и _____,

ФИО гражданина

именуемый в дальнейшем «**Заказчик**», с другой стороны, (далее – Стороны), составили настоящий акт об оказании разовых платных медицинских услуг (далее – Услуги) гражданину _____,

ФИО гражданина

именуемому «**Потребитель**» о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора от «__» ____ 20__ года № _____ Исполнителем оказаны, а Заказчиком приняты результаты оказанных Услуг:

№ п/п	Код ¹ Услуги	Код медицинской Услуги ²	Наименование Услуги	Ед. измерения	Количество	Стоимость за 1 ед. (руб.)	Льгота (руб.)	Цена (руб.)
ИТОГО:								

Итого оказано Услуг на сумму _____ рублей ____ копеек, НДС не облагается в соответствии со статьей 149 Налогового кодекса Российской Федерации.

2. Услуги оказаны полностью. Заказчик/Потребитель претензий по объему, качеству и срокам оказания Услуг _____.

(не имеет/имеет; указать нужное)

(претензии по объему, качеству и срокам оказания Услуг – при наличии)

Сдал:

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Государственное бюджетное учреждение города Москвы пансионат «Никольский парк»

Директор _____ А.Р. Юсупов

подпись

м.п.

Принял:

ЗАКАЗЧИК:

ФИО _____

подпись

фамилия, инициалы

Принял:

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

(заполняется в случае, когда Потребитель не является Заказчиком)

ФИО _____

подпись

фамилия, инициалы

¹ В соответствии с Перечнем платных услуг

² в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утв. Приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н (зарегистрирован в Минюсте России 07.11.2017 № 48808)

