Приложение № 1 к Договору

на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СМЕТА от « \_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

на оказание платных медицинских услуг

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Перечень платных медицинских услуг | Стоимость | Срок оказания | Специалист (ФИО, должность), кабинет | Примечание |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ  ГБУЗ СО «ССП №5»  443065 г. Самара, ул. Бакинская д.34а  р/с40601810036013000002 в ГРКЦ  Банка России по Самарской области  БИК043601001  ИНН/КПП 6314010787/631401001  ОРГН 1026300897127 МУФ СО  (ГБУЗ СО «ССП№5» л/с 612.01.230.0)  Главный врач ГБУЗ СО «ССП № 5»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (А.Е. Морозов)  (подпись) | ЗАКАЗЧИК  ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Законный представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспортные данные\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) |

Приложение № 2 к Договору

на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Акт сдачи-приемки

оказанных медицинских услуг

г. Самара «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарской области «Самарская стоматологическая поликлиника № 5 Куйбышевского района» (ГБУЗ СО «ССП № 5»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Морозова Алексея Евгеньевича, действующего на основании Устава, Лицензии на оказание медицинских услуг № ЛО-63-01-001755 07.11.2012 г, выданной Министерством здравоохранения Самарской области, г. Самара ул. Ленинская,73 тел. 8(846)3330016, свидетельства выданного Межрайонной Инспекцией Федеральной налоговой службы №18 г. Самары ОГРН 1026300897127 и гражданин (ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. Исполнитель оказал, а Заказчик принял следующие медицинские услуги:
2. Услуги оказаны в согласованные сторонами сроки.
3. Подписывая настоящий Акт, Заказчик подтверждает, что не имеет претензий к объему и качеству оказанных медицинских услуг.
4. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Перечень медицинских услуг | Стоимость |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ  ГБУЗ СО «ССП №5»  443065 г. Самара, ул. Бакинская д.34а  р/с40601810036013000002 в ГРКЦ  Банка России по Самарской области  БИК043601001  ИНН/КПП 6314010787/631401001  ОРГН 1026300897127 МУФ СО  (ГБУЗ СО «ССП№5» л/с 612.01.230.0)  Главный врач ГБУЗ СО «ССП № 5»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (А.Е. Морозов)  (подпись) | ЗАКАЗЧИК  ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Законный представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспортные данные\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) |