***ДОГОВОР N \_\_\_\_\_***

***об оказании платных медицинских услуг***

*(несовершеннолетним в возрасте от 14 до 18 лет)*

*г. Набережные Челны «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.*

*« ИП Сахбиев Ренат Сагедатович », в лице индивидуального предпринимателя, врача ультразвуковой диагностики Сахбиева Рената Сагедатовича, находящегося по адресу**: юридический адрес: 423800, РТ, Тукаевский район, СНТ Весна-2; фактический адрес**:* *423821, РТ, г. Набережные Челны, бульвар Цветочный, д. 7/37В, помещение 1001, именуемый в дальнейшем "Исполнитель", действующий на* *основании свидетельства ОГРНИП №317169000174207, выданного Федеральной налоговой службой УФНС России по Республике Татарстан (Межрайонной Инспекцией Федеральной налоговой службы №18 по Республике Татарстан), находящейся по адресу: ул. Кулагина, 1, г. Казань, 420054, Телефон: 8-800-2222222; 843-5332337;843-5332351;843-5332368, Телефакс:* [*www.naljg/ru*](http://www.naljg/ru)*, поставленного на учет 10.11.2017 в Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы № 9 по Республике Татарстан (1639 Территориальный участок по Тукаевскому району Республики Татарстан Межрайонной инспекции Федеральной по основаниям, предусмотренным Налоговым кодексом Российской Федерации: в качестве индивидуального предпринимателя; лицензии № Л041-01181-16/00322688 от 09.07.2018 г., выданной Министерством Здравоохранения РТ ( г. Казань, ул. Островского 11/6, тел. 8 (843) 236- 65-72) на осуществление медицинской деятельности: По адресу: 423821, РТ, г. Набережные Челны, бульвар Цветочный, д. 7/37В, помещение 1001. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): При оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неотложной медицинской помощи; При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ультразвуковой диагностике, именуемый в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны, несовершеннолетний (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», действующий(ая) с согласия своего «Законного представителя» (Ф.И.О., кем является)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый(ая) в дальнейшем «Законный представитель», с другой стороны, руководствуясь законодательством РФ, заключили настоящий Договор о нижеследующем:*

1. ***Предмет Договора. Общие условия оказания услуг.***
   1. *Медицинское учреждение ИП Сахбиев Р.С. в лице индивидуального предпринимателя Сахбиева Р.С. по заданию представителя обязуется провести качественное обследование несовершеннолетнего пациента в возрасте \_\_\_\_\_\_\_ (дата рождения), с представления письменного согласия его законного представителя, а Законный представитель обязуется оплатить медицинскому учрежлению стоимость оказанных услуг.*
   2. *Данные о несовершеннолетнем пациенте: (Ф.И.О., возраст):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Паспортные данные (данные свидетельства о рождении)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Место жительства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*1.3. Исполнитель обязуется оказать несовершеннолетнему пациенту, именуемому(ой) в дальнейшем «Потребитель», на возмездной основе медицинские услуги по наименованию, стоимости и в сроки, указанные в Приложении № 1 к настоящему Договору, которое является неотъемлемой частью Договора, а Заказчик обязуется оплатить медицинские услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором и приложениями к нему. В случае если Заказчик одновременно является Потребителем, далее по тексту договора он именуется «Потребитель».*

* 1. *1.4. Стоимость Медицинских услуг определяется прейскурантом, действующим на момент оказания соответствующей услуги, если иное не предусмотрено Сторонами в дополнительном соглашении или приложении к настоящему договору.*
  2. *1.5. Прейскурант размещен для ознакомления на информационном стенде в регистрационном отделениии по адресу организации исполнителя, а также доступен по запросу пользователя для ознакомления.*
  3. *1.6. Порядок приема и внутренний регламент обслуживания Пациентов установлены в правилах предоставления платных медицинских услуг пациентам, утвержденных Исполнителем и представленных для ознакомления на информационном стенде в приемном отделении по адресу организации исполнителя.*
  4. *1.7. Пациент – Заказчик добровольно принимает на себя обязательство оплачивать оказанные медицинские услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.*

1. ***Условия и порядок оказания услуг***

*2.1. Исполнитель в соответствии с п. 1.1. настоящего Договора оказывает медицинские услуги по настоящему Договору в помещении Исполнителя, расположенном по адресу:*

*423821, РТ, г. Набережные Челны, бульвар Цветочный, д. 7/37В, помещение 1001.*

*2.2. При привлечении Исполнителем к оказанию медицинских услуг третьих лиц Исполнитель доводит до сведения Потребителя (Заказчика) место и время оказания ему медицинских услуг.*

*2.3. Исполнитель осуществляет свою деятельность в соответствии с лицензией № Л041-01181-16/00322688 от 09.07. 2018 г., выдана Министерством Здравоохранения РТ (Казань, ул. Островского 11/6, тел. 8 (843) 236- 65-72) на осуществление медицинской деятельности:*

*По адресу: 423821, РТ, г. Набережные Челны, бульвар Цветочный, д. 7/37В, помещение 1001.*

*При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):*

*При оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неотложной медицинской помощи;*

*При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ультразвуковой диагностике.*

***3. Стоимость услуг, сроки и порядок оплаты***

*3.1. Потребитель (Заказчик) оплачивает медицинские услуги Исполнителю в объеме, установленном в Приложении № 1 к настоящему Договору (либо в соответствии с действующим прейскурантом цен у Исполнителя на момент обращения за медицинскими услугами). Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на информационных стендах Исполнителя.*

*3.2. Потребитель (Заказчик) оплачивает медицинские услуги Исполнителю путем предоплаты в размере 100% стоимости услуг, либо после их фактического оказания по прейскуранту.*

*Денежные средства вносятся в кассу Исполнителя или перечисляются на расчетный счет Исполнителя.*

*3.2. Подписывая данный договор, пациент подтверждает свое ознакомление со стоимостью медицинских услуг, установленных расценками прейскуранта.*

1. ***Права и обязанности сторон***

***4.1. Исполнитель обязуется:***

*4.1.1. Обеспечить Пациента (по запросу) доступной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения (по запросу):*

*а) порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг (по запросу);*

*б) данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации), (по запросу);*

*в) данных о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи (по запросу);*

*г) других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора, по запросу (по требованию).*

*4.1.2. Не передавать и не показывать третьим лицам находящуюся у Исполнителя документацию о Пациенте.*

*4.1.3. Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими учреждениями и специалистами.*

*4.1.4. Представлять Пациенту заключения о ходе оказания услуг в печатном виде.*

*4.1.5. Давать при необходимости по просьбе Пациента разъяснения о ходе оказания услуг ему и заинтересованным лицам, включая государственные и судебные органы.*

*4.1.6. Предоставить в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках* [*Программы*](consultantplus://offline/ref=D7C0402E0DD4DC228AB482347ABB1E2955D8F76C58E2F54429B6E39C2C2E73DD439323D3576C757Am6v5J) *государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (вывешены на стенде).*

*4.1.7. Представлять для ознакомления по требованию Пациента:*

*а) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.*

*4.1.8. Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.*

***4.2. Пациент обязуется:***

*4.2.1. Соблюдать Правила оказания медицинских услуг Исполнителя.*

*4.2.2. По запросу Исполнителя предоставить ему необходимые документы и материалы.*

*4.2.3. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.*

*4.2.4. Подписывать своевременно отчеты (акты) об оказании услуг Исполнителем.*

*4.2.5. Кроме того Пациент обязан по собственной инициативе:*

*- информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;*

*- соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения;*

*- выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.*

***4.3. Исполнитель имеет право:***

*4.3.1. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до представления необходимой информации.*

*4.3.2. Требовать от Пациента соблюдения правил оказания медицинских услуг.*

*4.3.3. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.*

***4.4. Пациент имеет право:***

*4.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с* [*п. 1.1*](#Par41) *настоящего Договора.*

*предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.*

*4.5. Предоставление Исполнителем дополнительных услуг оформляется дополнительным соглашением Сторон и оплачивается дополнительно.*

*4.6. До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомляет Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.*

*4.7. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора*

*4.8. Потребитель (Заказчик) вправе отказаться от исполнения настоящего договора в любое время , направив Исполнителю письменный отказ, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.*

***5. Ответственность сторон***

*5.1. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики разрешенным на территории Российской Федерации.*

*5.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг (24 часа) Пациент вправе по своему выбору:*

*- назначить новый срок оказания услуги;*

*- потребовать исполнения услуги другим специалистом;*

*- расторгнуть настоящий Договор и потребовать возмещения убытков.*

*5.3. Качество оказания Услуги определяется соблюдением технологий лечения.*

*5.4. Оказанная Услуга считается исполненной с надлежащим качеством, если Пациент не заявил претензий в период нахождения в «Клинике».*

*5.5. Нарушение установленных настоящим Договором сроков исполнения услуг должно сопровождаться выплатой Пациенту неустойки в порядке и размере, которые определяются* [*Законом*](consultantplus://offline/ref=D7C0402E0DD4DC228AB482347ABB1E2955D8F2665FE5F54429B6E39C2Cm2vEJ) *Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей".*

*5.6. По соглашению (договору) Сторон указанная в* [*п. 5.3*](#Par163) *настоящего Договора неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости предоставленной медицинской услуги, предоставления Пациенту дополнительных услуг без оплаты, возврата части ранее внесенного аванса.*

*5.7. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение другой Стороной своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как сбой в электропитании, отказ оборудования, пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом. Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.*

*5.8. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 3-х (трех) дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.*

*5.9. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.*

*5.10. Исполнитель и его работники, оказывающие услуги по настоящему Договору, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Пациенту медицинской помощи.*

***6. Порядок рассмотрения споров***

*6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.*

*6.2. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.*

***7. Срок действия договора***

*7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и завершается получением Пациентом Услуги (подтверждением получения Пациентом Услуги является заключение по результатам диагностического обследования).*

*7.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны Сторонами либо их уполномоченными представителями.*

*7.3. Настоящий Договор заключен на момент оказания услуги.*

*7.4. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.*

*7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.*

***8. Изменеие условий и расторжение Договора***

*8.1. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут Сторонами в период его действия на основе их письменного соглашения. Обязательства Сторон по настоящему Договору считаются измененными или прекращенными с момента подписания соглашения об изменении или расторжении настоящего Договора.*

*8.2. Потребитель вправе в любое время отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов. В этом случае Потребитель обязан уведомить об этом Исполнителя в письменной форме. В течение трех рабочих дней с момента получения соответствующего уведомления Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Потребителя (Заказчика) и выставляет Потребителю (Заказчику) счет, в котором указывается стоимость понесенных Исполнителем расходов по оказанию Потребителю услуг(и), от которых(ой) он отказался. Потребитель (Заказчик) с момента получения счета от Исполнителя обязан в течение трех рабочих дней его оплатить. Уплаченные Потребителем денежные средства (в случае предоплаты услуги), превышающие стоимость понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по договору, подлежат возврату Потребителю (Заказчику) в течение трех рабочих дней с момента получения Исполнителем уведомления о расторжении настоящего Договора.*

***9. Заключительные положения***

*9.1. Настоящий Договор составлен в 3 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика, третий – у Потребителя. В случае если договор заключен между Потребителем и Исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.*

*9.2. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.*

*9.3. Все приложения, дополнения и изменения к настоящему Договору являются действительными, если они составлены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.*

*9.4. Подписывая настоящий договор, Потребитель (Заказчик) подтверждает, что он (она), был(а) проинформирован(а) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.*

*Действующие Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» размещены на сайте исполнителя www.hiv-spb.ru и информационных стендах Исполнителя.*

*9.5. Информационные стенды Исполнителя находятся в приемном отделении стационаров по адресу: 423821, РТ, г. Набережные Челны, бульвар Цветочный, д. 7/37В, помещение 1001.*

***10. Сведения о Потребителе, реквизиты и подписи сторон***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | |  | | | *ИСПОЛНИТЕЛЬ:* | *НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЙ ПАЦИЕНТ:* | | *«ИП Сахбиев Ренат Сагедатович» :*  *ФИО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | *ФИО, дата рождения:* | | *Адрес: 423821, РТ, г. Набережные Челны, бульвар Цветочный, д. 7/37В, помещение 1001* | *Паспортные данные ( данные свидетельства о рождении):* | | *ИНН: 165017221880;* | *Адрес места жительства ( места нахождения ):* | | *Свидетельство: ОГРНИП №317169000174207,* |  | | *К/с 30101810100000000748;*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | *Подпись:* | | *Р/с: 40802810010000008825;*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  | | *БИК: 049240748;*  *дата* |  | | *ОКПО: 0122080530;* | *ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ» (Ф.И.О.):* | | *ОАО «Автоградбанк» РТ, г. Набережные Челны;* | *Паспортные данные:* | | *Телефон: 8(8552) 46-03-03, 8(8552)76-03-03.* |  | | *Исполнитель: Сахбиев Ренат Сагедатович – индивидуальный предприниматель, врач ультразвуковой диагностики.* | *Адрес места жительства:* | | *Подпись:* | *Подпись:* | | *Администратор:* |  | | *Подпись:*  *М.п.* |  | |  | | |

***Приложение № 1***

***к Договору №*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* ***от*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Лист № 01 Акт выполненных работ об оказании медицинских услуг***

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*В соответствии с п. 1.1. Договора об оказании медицинских услуг № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.., заключенного между Потребителем (Заказчиком) и Исполнителем, Стороны договорились о нижеследующем:*

*Исполнитель обязуется оказать Потребителю, а Потребитель (Заказчик) оплатить следующие услуги:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *№* | *Наименование услуги* | *Количество* | *Сроки оказания* | *Лечащий врач* | *Стоимость за 1 единицу (руб.)* | *Общая стоимость (руб.)* | *Дата оказания услуги в полном объеме* | *Подпись лечащего врача* | *Подпись получателя услуги* |
| *1.* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | |

*Настоящим Актом подтверждается, что «Пациенту» медицинские услуги « ИП Сахбиев Ренат Сагедатович» оказал полностью и надлежащим образом. «Заказчик» не имеет к «Исполнителю» никаких претензий по качеству, обьему и срокам исполнения медицинских услуг.*

*Исполнитель:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Заказчик:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*