

Приложение № 2
к договору № ОПМУ _____ от
_____ на предоставление платных
медицинских услуг

Акт об оказанных платных медицинских услугах

г. Иркутск

«__» _____ 20__ г.

Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Иркутская городская клиническая больница № 10», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице и.о. главного врача Коралис Екатерины Анатольевны, действующего на основании Распоряжения министерства здравоохранения Иркутской области от 10.07.2025 № 164 л/с, с одной стороны, и гражданин (ка)

_____,
(фамилия, имя, отчество потребителя, заказчика - физического лица, законного представителя пациента; наименование и адрес места нахождения заказчика - юридического лица)

именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик / Потребитель», с другой стороны, при совместном упоминании именуемые «Стороны», составили настоящий Акт об оказанных платных медицинских услугах (далее – Акт) по Договору на предоставление платных медицинских услуг от «__» _____ 20__ г. №__ (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Во исполнение п. 1.1 Договора Исполнитель в период с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. выполнил обязательства по оказанию платных медицинских услуг, а именно оказал Потребителю (Заказчику) медицинские услуги по следующему перечню:

№	Наименование медицинской услуги	Единица измерения	Количество (объем)	Цена (тариф) за единицу измерения, руб.
Итого				

2. Вышеперечисленные медицинские услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик / Потребитель претензий по объему, качеству и срокам оказания медицинских услуг не имеет.

3. Настоящий Акт составлен в 3 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Потребителя. В случае если Потребителем и Заказчиком являются одно лицо, Акт составляется в 2 экземплярах, является неотъемлемой частью Договора.

Исполнитель:
ОГАУЗ «ИГКБ № 10»

Заказчик:
Потребитель:

И.о. главного врача _____/Е.А. Коралис/

м.п.

Фамилия, имя и отчество (при
наличии):

Фамилия И.О.

Подпись

Заказчик:

Фамилия, имя и отчество (при
наличии):

Фамилия И.О.

Подпись

Заказчик:

Наименование заказчика -
юридического лица

должность, подпись, инициалы, фамилия

Заполняется в случае расторжения договора:

Соглашение о расторжении ДОГОВОРА № _____
на предоставление платных медицинских услуг от « ____ » _____ 20__ г.

г. Иркутск « ____ » _____ 20__ г.

Исполнитель - ОГАУЗ «ИГКБ № 10» в лице и.о. главного врача
_____ и Потребитель / Заказчик - _____

пришли к соглашению о расторжении ДОГОВОРА № _____ на предоставление
платных медицинских услуг от « ____ » _____ 20__ г. с « ____ »
_____ 20__ г. Понесенные Исполнителем расходы Потребителем /
Заказчиком оплачены. Стороны взаимных претензий друг к другу не имеют.
Соглашение вступает в силу с даты его подписания сторонами.

Исполнитель:

И.о. главного врача _____/Е.А. Коралис/

Заказчик:

Потребитель:

Фамилия, имя и отчество (при наличии):

Фамилия И.О.

Подпись

Заказчик:

Фамилия, имя и отчество (при наличии):

Фамилия И.О.

Подпись

Заказчик:

Наименование заказчика - юридического
лица

должность, подпись, инициалы, фамилия