

АКТ ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №_____

г. Воронеж

Общество с ограниченной ответственностью "Олимп Клиник Воронеж", Лицензия Л041-011136/00644779 от 2023-03-23 00:00:00 года, выдана Департаментом здравоохранения Воронежской области, в лице генерального директора Чубур Кирилла Александровича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» и

паспорт: серия	номер	(фамилия, имя, отчество)
		дата выдачи

(адрес места жительства, телефон)
именуемый(-ая) в дальнейшем «Заказчик», далее именуемые совместно и каждый по отдельности «Стороны» и «Сторона» соответственно, составили настоящий Акт об оказании платных медицинских услуг (далее – Акт) к Договору оферты № от. на оказание платных медицинских услуг (далее – Договор оферты) в отношении **Потребителя** (физическое лицо, непосредственно получающее медицинские услуги в соответствии с Договором оферты)

(фамилия, имя, отчество, адрес места жительства, телефон Потребителя (законного представителя))
о нижеследующем:

1. В соответствии с приложение/дополнительное соглашение № _____ от . к Договору оферты Исполнителем были оказаны следующие платные медицинские услуги Пациенту:

№ п/п	Наименование услуги	Цена, руб.	Количество, шт.	Сумма, руб.	Примечание

2. Всего Исполнителем оказано Потребителю платных медицинских услуг на сумму:

3. Подписывая настоящий Акт Заказчик/Потребитель (его законный представитель) подтверждает, что платные медицинские услуги оказаны Исполнителем с надлежащим качеством и в надлежащий срок. Оплачивая поименованные настоящим Перечнем медицинские услуги, Заказчик/Потребитель (его законный представитель) выполняет приемку оказанных Потребителю платных медицинских услуг и не имеет никаких претензий к Исполнителю.

Исполнитель

Общество с ограниченной ответственностью "Олимп
Клиник Воронеж"

Заказчик

Фамилия, Имя, Отчество:

✓ _____ / _____
личная подпись расшифровка подписи



Потребитель (его законный представитель)
Фамилия, Имя, Отчество:

✓ _____ / _____
(личная подпись) (расшифровка подписи)