

АКТ

оказанных услуг к договору оказания платных медицинских услуг от «__» _____ 202_ года

Тамбовская область
город Тамбов

«__» _____ 2023 года

Общество с ограниченной ответственностью Диагностический Центр «НАДЕЖДА» (сокращенное наименование: ООО ДЦ «НАДЕЖДА»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора **ООО ДЦ «НАДЕЖДА»** _____, действующего на основании доверенности от «__» _____ 202_ года, с одной стороны, и _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Законный представитель потребителя», являющийся(щаяся) _____ законным представителем _____, фамилия, имя отчество _____,

именуемого в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», а по отдельности «Сторона», составили и подписали настоящий акт оказанных услуг (далее - Акт) по договору оказания платных медицинских услуг от «__» _____ 2023 года (далее - Договор) о нижеследующем: Исполнителем оказаны Потребителю, а Законным представителем потребителя/Потребителем приняты следующие платные медицинские услуги:

Объем и перечень платных медицинских услуг	Место оказания платных медицинских услуг	ФИО должность медицинского работника	Срок предоставления платных медицинских услуг	Единица услуг, количество единиц	Цена за единицу, руб. коп., без НДС	Стоимость платных медицинских услуг, руб. коп. без НДС	Скидка* на платные медицинские услуги %	Скидка* на платные медицинские услуги, руб. коп.	Стоимость платных медицинских услуг, руб. коп., без НДС с учетом скидки*	НДС		Стоимость платных медицинских услуг, руб. коп., с НДС	ИТОГ О сумма к оплате руб. коп.
										Ставка %	Сумма, руб. коп.		

Услуги соответствуют требованиям Договора и действующего законодательства РФ, выполнены в срок, в полном объеме и с надлежащим качеством.

Законный представитель потребителя/Потребитель не имеет претензий к Исполнителю, качеству, срокам и объему оказанных услуг.

Настоящий Акт составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для Исполнителя, Законного представителя потребителя и Потребителя.

Исполнитель:

**Общество с ограниченной ответственностью
Диагностический Центр «НАДЕЖДА»** (сокращенное наименование: ООО МЦ «НАДЕЖДА»)
Администратор

Законный представитель потребителя:

Фамилия, _____ имя _____ и _____ отчество _____ (если _____ имеется)

* Со сроками проведения, источником информации об организаторе и правилах проведения акции по предоставлению скидки можно ознакомиться на сайте в информационно-коммуникационной сети «Интернет» <https://center-hope.ru/> и в общедоступных местах на информационных стендах (стойках) ООО ДЦ «НАДЕЖДА».

Два экземпляра настоящего Акта оказанных услуг на руки получил(а) _____
подпись *ФИО*