Приложение 2

 к Договору на оказание

 платных медицинских услуг от

 от « \_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г. № \_\_\_

**Акт сдачи-приемки оказанных услуг**

 « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 года

Москва (буквенно-цифровое написание)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «**Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы**, (ГБУЗ НИКИО им. Л.И. Свержевского ДЗМ) находящееся по адресу: г. Москва, Загородное шоссе, д.18А, стр.2,

имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности от 21.05 2019 года № ЛО-77-01-018094, выданную **Департаментом здравоохранения города Москвы**, находящимся по адресу: Оружейный переулок, д. 43, Москва, 127006, тел. (499) 251-83-00, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице в лице заместителя директора по медицинской части Сударева Павла Алексеевича

действующего(ей) на основании доверенности №6 от 12.05.2017,

(наименование и реквизиты документа, подтверждающего право заключать договоры от имени

Исполнителя)

с одной стороны, И\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) гражданина)

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель»,

**Данный раздел Договора заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет,**

**или недееспособных граждан**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается полностью фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) законного представителя Потребителя в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

проживающий по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (адрес места жительства законного представителя Потребителя)

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

иной документ, удостоверяющий личность законного представителя Потребителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(нужное указать)

Потребителя (ребенка или гражданина, признанного недееспособным):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (нужное указать)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать полностью фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) ребенка или недееспособного гражданина;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

год рождения (словесно-цифровым способом: число, месяц, год); реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы Потребителя)

с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», составили Акт-сдачи-приемки оказанных услуг (далее Акт) о нижеследующем:

1. Исполнитель в соответствии с Договором на оказание платных медицинских услуг от № (далее - Договор) оказал, а Потребитель принял фактически оказанные

(указывается цифровым

способом: дд.мм.гггг)

Исполнителем следующие медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ . п/п** | **Номенклату рный код медицинской услуги** | **Наименование медицинской услуги** | **Количест во, шт.** | **Стоимость за единицу, руб.** | **Итого стоимость, руб.** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **ИТОГО руб., в том числе НДС не облагается** |  |

1. Стоимость медицинских услуг Исполнителя, фактически оказанных Потребителю по Договору составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) рублей \_\_\_\_\_ копеек, (указывается цифровым способом) (указывается словесным способом) (указывается цифровым способом) в том числе НДС не облагается на основании подпункта 2 пункта 2 статьи 149 части второй Налогового кодекса Российской Федерации.
2. Медицинские услуги оказаны Исполнителем в срок, в полном объеме и надлежащего качества в соответствии с требованиями Договора и полностью приняты Потребителем.
3. Потребитель не имеет претензий к Исполнителю по качеству, объему, стоимости и срокам оказанных медицинских услуг.
4. Оплата по Договору составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) рублей \_\_\_\_\_ копеек, (указывается цифровым способом)(указывается словесным способом)(указывается цифровым способом) в том числе НДС не облагается на основании подпункта 2 пункта 2 статьи 149 части второй Налогового кодекса Российской Федерации.
5. Настоящий Акт является основанием для расчета Сторон в соответствии с Договором.
6. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон

**Исполнитель**  **Потребитель** (законный представитель Потребителя):

|  |
| --- |
| Полное официальное наименование: |
| **Государственное бюджетное учреждение** |
| **здравоохранения города Москвы** |
| **«Научно - исследовательский** |
| **клинический институт** |
| **оториноларингологии им. Л.И. Свержевского»** |
| **Департамента здравоохранения города Москвы** |
| Сокращенное официальное наименование**: ГБУЗ** |
| **НИКИО им. Л.И. Свержевского ДЗМ** |
| Наименование получателя платежа (для платежных |
| поручений): Департамент финансов города Москвы |
| (ГБУЗ НИКИО им. Л.И. Свержевского ДЗМ |
| л/с 2605441000450566 |
| Банк получателя платежа (для платежных |
| поручений): корр/счет40102810545370000003 в ГУ |
| Банка России по ЦФО//УФК по г. Москве |
| Место нахождения: 117152, г. Москва, |
| Загородное шоссе, д.18А, стр.2 |
| Адрес электронной почты (e-mail): |
| nikio@zdrav.mos.ru |
| Телефоны:8(495)109-44-99 доб.2 |
| Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ, |
| выданное МИФНС России № 7147748225772 по г. |
| Москве: |
| серия \_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_ |
| ИНН/КПП: 7726313447/ 772601001 |
| Расчетный счет: 03224643450000007300 |
| БИК/ОКПО: 004525988/58123919 |
| ОКАТО/ОГРН: 45296561000/1037739377301 |
| ОКТМО/ОКВЭД: 45915000/ |
| КБК:131.02 |

Фамилия:

Имя:

Отчество (при наличии):

Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_номер \_\_\_\_\_\_\_

Наименование органа, выдавшего паспорт:

Дата выдачи паспорта:

Иной документ, удостоверяющий личность, его реквизиты, кем и когда выдан:

Документ, подтверждающий право представлять интересы Потребителя, его реквизиты, кем и когда выдан:

Адрес проживания:

Адрес регистрации:

Телефоны:

Заместитель директора по медицинской части

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сударев Павел Алексеевич \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_И.О.Фамилия

(подпись) (подпись)

печать

Потребитель (законный представитель Потребителя): V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)