|  |  |
| --- | --- |
|  | ЗАТВЕРДЖУЮ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (назва посади керівника закладу охорони здоров’я)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис)                  (ім’я ПРІЗВИЩЕ)«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ р. |

**АКТ**

**приймання-передачі наданих послуг**

**із медичного обслуговування за плату**

м. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

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

 (назва закладу охорони здоров’я)

в особі директора

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

 (ПІБ керівника закладу охорони здоров’я)

що діє на підставі Статуту (*далі* — Заклад охорони здоров’я),

та \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ПІБ пацієнта)

(*далі* — Замовник) склали цей Акт на підтвердження того, що Заклад охорони здоров’я дотримався умов Публічного договору й належно надав послуги з медичного обслуговування за плату:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ з/п** | **Код послуги** | **Найменування послуги** | **Дата надання послуги** | **Кількість** | **Ціна без ПДВ,***грн* | **ПДВ,***грн* | **Сума разом із ПДВ,***грн* |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Разом** |  |  |  |  |

Замовник підтверджує, що не має претензій і зауважень щодо кількості, обсягу та якості наданих послуг із медичного обслуговування, що зазначені в цьому Акті приймання-передачі, та приймає зазначені вище послуги.

Замовник підтверджує, що Заклад охорони здоров’я дотримався всіх умов Публічного договору про надання послуг із медичного обслуговування за плату.

*Підписи Сторін*