

**Акт
об оказании медицинских услуг**

г. Кемерово

" ____ " _____ г.

Законный представитель

Потребителя/Пациента _____

(ФИО)

Адрес места жительства,

и ООО Медицинский центр «Вертикаль», адрес местонахождения: 650003, Кемеровская область-Кузбасс, город Кемерово, проспект Ленина д. 137/3, пом. 1, ИНН /КПП 4205429831/420501001, ОГРН 1254200008336, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Вайхель Ирины Кондратовны, действующей на основании устава, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора **на оказание платных медицинских услуг** (далее - Договор) Исполнитель оказал Потребителю/ Пациенту _____ услуги, включающие: _____ Ф.И.О.

1. _____ (описание оказанных услуг).

согласно Договору оказаны в полном объеме с " ____ " _____ г.

3. Замечаний к услугам и предоставленным Исполнителем лекарственным препаратам, средствам, материалам не имеется.

4. Стоимость оказанных услуг составляет _____ (_____) рублей. Стоимость оказанных услуг Исполнителя подлежат оплате (возмещению) в порядке и сроки, которые установлены Договором.

5. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон (вариант: по одному для Исполнителя, Заказчика и потребителя).

6. Подписи Сторон

Законный представитель Потребителя

Пациента:

_____/_____/_____ (подпись/Ф.И.О.)

Исполнитель:

_____/_____/_____ (подпись/Ф.И.О.)