

**Приложение № 5**  
к договору №\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

**АКТ**  
**выполненных услуг**

г. Симферополь

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым**  
«Симферопольский клинический родильный дом № 2», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Глазкова Ильи Сергеевича, действующего на основании Устава, с одной стороны и

(ФИО, полностью)

(паспортные данные, когда и кем выдан)

Именуемый в дальнейшем Пациент, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. Исполнитель в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг offered provided the following service (i) \_\_\_\_\_
2. Сумма (общая сумма оказанной) медицинской услуги составила \_\_\_\_\_
3. Услуга (i) оказаны надлежащим образом и в срок. Пациент по объему, качеству и срокам оказания услуги не имеет.
4. Настоящий Акт является неотъемлемой частью договора, составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

**ГБУЗ РК «Симферопольский клинический родильный дом № 2»**

Юр. адрес: 295034, Республика Крым,  
г. Симферополь, , ул. Б.Хмельницкого, 16  
п/с 40601810035101000001

УФК по Республике Крым  
ГБУЗ РК "Симферопольский КРД №2"  
ИНН 9102061383 КПП910201001

ОКПО 00788422; ОГРН 1149102132739

Банковские реквизиты:  
л/с 227561Ц89320; 207561Ц89320 Отделение  
Республика Крым  
БИК 043510001

**ПАЦИЕНТ:**

ФИО (полностью) \_\_\_\_\_

Место фактического проживания: \_\_\_\_\_

Контактный номер телефона: \_\_\_\_\_

Паспорт (серия, номер): \_\_\_\_\_

Кем выдан: \_\_\_\_\_

Когда выдан: \_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Врач оказавший услугу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(подпись) (ФИО)

(должность, отделение)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(подпись) (ФИО)