**Акт № \_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. об оказании услуг**

**по договору об оказании платных медицинских услуг**

**№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.**

**Исполнитель:** Общество с ограниченной ответственностью "Ситидок Эксперт-Казань", ИНН 1661059252, КПП 168601001, 420083, Республика Татарстан, г. Казань, улица Зелёная, (Константиновка), 85 *адрес места нахождения*

**Потребитель (Заказчик): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Фамилия, имя, отчество (если имеется)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование работ, услуг** | **Количество** | **Единица измерения** | **Цена** | **Сумма** |
| *1* |  |  | Услуга |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Итого: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**НДС не облагается**

Всего оказано услуг \_\_\_\_\_,на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

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

*сумма прописью*

Вышеперечисленные услуги оказаны Исполнителями Потребителю в срок, в полном объеме, с надлежащим качеством. Потребитель/Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.Указанное в настоящем акте подтверждаем.

**Подписи сторон:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  Общество с ограниченной ответственностью  «Ситидок-Эксперт Казань»  Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Шарафиева А.И../  *подпись* |  |

**Потребитель (Заказчик):**

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

*подпись расшифровка подписи*