Приложение № 4

к договору \_\_\_\_\_\_от  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**АКТ**

**выполненных платных медицинских услуг**

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г. Уфа

ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника № 4 г. Уфа, ул. 50 лет СССР, д. 45 А, ОГРН 1020202857443, ИНН 0276015981 свидетельство серии 02№007164914, выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №2 по Республике Башкортостан от 19.11.1993 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании Лицензии на медицинскую деятельность № Л041-01170-02/00349752от 20.10.2023 г., лицензирующий орган Министерство здравоохранения РБ (450002, г. Уфа, ул. Тукаева, д.23, тел. 8(347)218-00-81, 8(347)218-00-47) в лице главного врача Алетдиновой Светланы Минифаритовны***,*** действующего на основании Устава, и «Заказчик»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт РФ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан дата выдачи зарегистрирован по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый далее «Потребитель», составили настоящий акт о нижеследующем:

1. Учреждение оказало Пациенту платные медицинские услуги, предусмотренные договором оказания платных медицинских услуг от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_ г., в период с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_ г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_\_ г., которые отвечают требованиям, предъявляемым договором, оказаны в полном объеме, в оговоренные сроки и надлежащим образом. Лицо, оказавшее медицинские услуги: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование и пункт медицинской услуги согласно прейскуранту | | Исполнитель Врач-стоматолог | | Сроки получения услуги | Гарантийный срок | | Кол-во | | | | Цена по прейскуранту | | | Итого сумма к оплате | |
| Код по МКБ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 |  | |  | |  |  | |  | | | |  | | |  | |
| 2 |  | |  | |  |  | |  | | | |  | | |  | |
| 3 |  | |  | |  |  | |  | | | |  | | |  | |
| Итого: | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  |  |  | | |  | |  |  |  | |  |  | |

Примечание согласно Положению о гарантийных сроках в ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника № 4 г. Уфа:

-При КПУ зубов 13-18 - гарантийные сроки снижаются на 30%.

-При КПУ зубов >18 - гарантийные сроки снижаются на 50%.

-При неудовлетворительной гигиене полости рта - гарантийные сроки уменьшаются на 70%.

1. Пациент принял оказанные Учреждением услуги и претензий к их выполнению не имеет.

**«Исполнитель» «Потребитель»**

ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника №4 г. Уфа

450071, г. Уфа, ул.50 лет СССР, д.45а

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО врача **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(подпись) (подпись) (Ф.И.О.)