**АКТ**

**оказанных платных медицинских услуг**

 от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

**Потребитель**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

**Исполнитель** Ленинградское областное государственное автономное

 учреждение «Кингисеппский центр социального обслу-

 живания граждан пожилого возраста и инвалидов»

 (ЛОГАУ «Кингисеппский ЦСО» )

 Мы, нижеподписавшиеся, ответственный представитель Исполнителя

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

(фамилия, имя, отчество)

С одной стороны, и Потребитель с другой стороны, составили настоящий акт в том, что Потребителю оказаны медицинские услуги согласно договора

№\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. на сумму\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(прописью)

Услуги оказаны полностью. Заказчик по объему, качеству и срокам претензий не имеет.

**Потребитель Ответственный представитель**

 **Исполнителя**

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