**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**

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