|  |  |
| --- | --- |
|  | **Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Детская городская клиническая поликлиника №3" министерства здравоохранения Хабаровского края ИНН 2725011892 КПП 272501001** |
|  | **680033, Хабаровский край, г.о. город Хабаровск, г Хабаровск, ул Майская, д. 39, тел.:+7 (4212) 48-38-24** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Акт № 0000-000000 от 01 января 202\_ г.** |
|  |  **об оказании услуг** |
|  |  |  |
|  | Заказчик: Иванов Иван Иванович |
|  | Основание: мед.услуги |
|  | Валюта: Руб. |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **№** | **Наименование работы (услуги)** | **Ед. изм.** | **Количество** | **Цена** | **Сумма** |
|  | 1 | Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный | шт | 1,000 | 0,00 | 0,00 |
|  |  |  |  |  | **Итого:** | **0,00** |
|  |  |  |  | **Без налога (НДС):** | **-** |
|  |  |  |  | **Всего (с учетом НДС):** | **0,00** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | *Всего оказано услуг на сумму: ноль рублей 00 копеек, в т.ч.: НДС - Ноль рублей 00 копеек* |
|  | Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | От исполнителя: |  |  |  |
|  |  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | М.П. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | От заказчика: |  |  |  |  |  |
|  |  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | М.П. |  |  |  |  |