|  |
| --- |
| Додаток 3  до Положення про платні послуги |

**Акт про надання медичних послуг**

**№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ми, ВИКОНАВЕЦЬ, Університетська клініка Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, з одного боку, та ПАЦІЄНТ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, з іншого боку, склали цей АКТ про те, що ВИКОНАВЦЕМ виконано у термін з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ наступний обсяг послуг:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № з/п | ПІБ лікаря | Діагноз (код за МКХ-10) | Найменування послуги | Сума в грн. | Підпис |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Підписуючи даний АКТ, я, ПАЦІЄНТ, погоджуюсь з повним та безумовним виконанням положень Публічного договору про надання медичних послуг з боку Національного медичного університету   
імені О.О. Богомольця протягом періоду лікування (надання послуг). Усі положення вказаного договору мені повідомлені, роз’яснені та зрозумілі.   
У мене немає недовіри щодо інформації, яку я, як ПАЦІЄНТ, отримав(ла), та мені були надані можливість і час на обміркування. У мене немає претензій щодо якості, кількості, вартості наданих послуг (виконаних робіт).

Текст цього АКТА мною, ПАЦІЄНТОМ, прочитано і своїм підписом я повністю погоджуюсь зі всім, що у ньому зазначено.

Ціна про сплату виконаних робіт у сумі (прописом) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Від ПАЦІЄНТА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Від ВИКОНАВЦЯ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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