

Приложение № 3
к Договору на оказание платных медицинских услуг
от «__» _____ 20__ г. № _____

ФОРМА

Смета № _____
оказанных медицинских услуг

г. _____ «__» _____ 20__ г.
ООО «ИРМЕДИКА», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице

_____, действующего(-ей) на основании доверенности от
«__» _____ 20__ г. № _____, с одной стороны, и
_____, именуемый (-ая) в дальнейшем и
«Заказчик» действующий(-ая) от своего имени и в своих интересах, с другой стороны, либо в интересах
Потребителя/Пациента _____ с третьей стороны,
именуемые в дальнейшем совместно Стороны, составили настоящую Смету оказанных медицинских услуг
(далее — Смета), определяющую объем, стоимость и количество оказанных медицинских услуг о
нижеследующем

№ п/а	Наименование медицинской услуги	Код услуги	Стоимость медицинской услуги, согласно Прейскуранту, за одну единицу (руб.)	Кол-во, оказанных медицинских услуг (шт.)	Общая стоимость, оказанных медицинских услуг (руб.)	Срок (период) оказания медицинских услуг (при наличии)
ИТОГО:						
Сумма прописью: _____ рублей _____ копеек, без учета НДС (НДС не облагается на основании ст. 149 Налогового кодекса Российской Федерации)						

Исполнитель:
Общество с ограниченной ответственностью ИРМЕДИКА (ООО «ИРМЕДИКА»)
Адрес: Иркутская область, г. Черемхово, ул. Декабрьских событий, д. 16
ИНН: 3851008980
КПП: 385101001
ОГРН: 1153850041113

М.П.

Заказчик: Ф.И.О. _____ _____ Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____ _____ _____ Адрес регистрации: _____ _____ _____ Адрес места жительства: _____ _____ _____ Снилс _____ _____ Тел. _____ E-mail: _____ _____ _____ / _____ _____	Пациент/Законный представитель: Ф.И.О. _____ _____ Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____ _____ _____ Адрес регистрации: _____ _____ _____ Адрес места жительства: _____ _____ _____ Снилс _____ _____ Тел. _____ E-mail: _____ _____ _____ / _____ _____
--	--