

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СТЕРЛИТАМАКСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН
(ГБУЗ РБ СПБ)

П Р И К А З

07.10.2024

№ 343 – Д

г. Стерлитамак

О внесении изменений в приказ от 25.08.2023г. № 269-Д
«Об утверждении типовой формы договоров
на оказание платных медицинских услуг,
информированного добровольного согласия»

В целях приведения договоров на оказание платных медицинских услуг
в соответствие с требованиями Законодательства РФ, п р и к а з ы в а ю:

1. Внести изменения в приказ от 25.08.2023г. № 269-Д «Об утверждении
типовой формы договоров на оказание платных медицинских услуг,
информированного добровольного согласия»

2. Пункт 2 приказа от 25.08.2023г. № 269-Д дополнить следующим
абзацем:

- Акта об оказании услуг, к договору на оказание платных медицинских услуг
с физическими лицами (приложение № 5);

- Акта об оказании услуг, к договору на оказание платных медицинских услуг
с юридическими лицами (приложение № 6);

- Календарного плана (график) прохождения психиатрического
освидетельствования, к договору на оказание платных медицинских услуг с
юридическими лицами (приложение № 7).

3. Данные формы утвердить и ввести в действие с 07.10.2024 года.

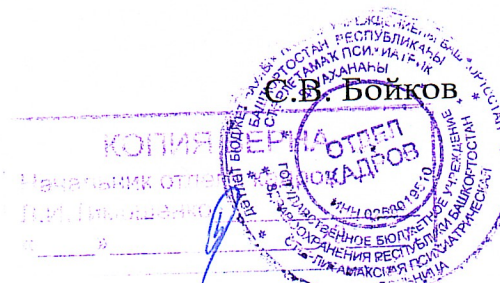
4. Все остальные положения приказа от 25.08.2023г. № 269-Д оставить
без изменений.

5. Настоящий приказ довести до лиц ответственных за оформление
договоров на оказание платных медицинских услуг.

6. Программисту А.А. Севрюкову разместить на официальном сайте
Учреждения вышеуказанные формы в течение 3 (трех) дней после подписания
приказа.

7. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач



ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН СТЕРЛИТАМАКСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА ИНН 0268019510 КПП 026801001

453104, Башкортостан респ, городской округ город Стерлитамак, Стерлитамак г., Лесная ул, дом 18

Акт к договору № _____ от «__» _____ 20__ г.
об оказании услуг

Заказчик: [ФИО, «__» _____ год рождения]

Основание: Договор от «__» _____ 20__ г. № _____

Валюта: Российский рубль

№	Наименование (услуги)	Ед. изм.	Количество	Цена	Сумма
1	По пункту прейскуранта цен №	Чел.			

Итого:

Без налога (НДС):

Всего (с учетом НДС):

Всего оказано услуг на сумму: _____ (_____) __ рублей __ копеек, с/без НДС.

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. Дата: _____

От Заказчика: _____
(должность) (подпись) (расшифровка подписи)

М.П. Дата: _____

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН СТЕРЛИТАМАКСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА ИНН 0268019510 КПП 026801001
453104, Башкортостан респ, городской округ город Стерлитамак, Стерлитамак г., Лесная
ул, дом 18

Акт № _____ от «__» _____ 20__ г.
об оказании услуг

Заказчик: [Наименование организации, Адрес, ИНН, КПП]

Основание: Договор от «__» _____ 20__ г. № _____

Валюта: Руб.

№	Наименование работы (услуги)	Ед. изм.	Количество	Цена	Сумма
1	По пункту прейскуранта цен №	Чел.			

Итого:
Без налога (НДС):
Всего (с учетом НДС):

Всего оказано услуг на сумму: _____ (_____) __ рублей __ копеек, с/без
НДС.

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. Дата: _____

От Заказчика: _____
(должность) (подпись) (расшифровка подписи)

М.П. Дата: _____

Календарный план (график)
прохождения психиатрического освидетельствования

№ п.п.	Срок оказания услуги	Количество потребителей
	В течение срока действия договора, ежедневно, в соответствии с графиком работы платного кабинета,	Не более 10 (десяти) человек в день