

**Акт выполненных работ**

от: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г.

Исполнитель: Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Стоматологическая поликлиника №30", в лице главного врача Хомяковой Э.Е.  
Потребитель:

Код	Наименование услуги	Объем	Сумма	Налог с продаж	Сумма с налогами
*****	<b>Пример:</b> Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта повторный	1			

<b>Итого:</b>	
---------------	--

Всего оказано услуг на сумму:  
\_\_\_\_\_ рублей 00 копеек

Вышеперечисленные работы (услуги) выполнены полностью и в срок. Потребитель по объему, качеству и срокам оказания услуг претензий не имеет.

**ИСПОЛНИТЕЛЬ :**

СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №30»  
Адрес: 195273, Санкт-Петербург,  
проспект Науки , д.46  
*лицевой счет 0511041 в Комитете Финансов Санкт-Петербурга,*  
*Счет банка получателя 40102810945370000005*  
*Казначейский счет 03224643400000007200*  
*Северо-Западное ГУ Банка России/УФК*  
*по г. Санкт-Петербургу г. Санкт-Петербург*  
*БИК 014030106*  
*ОГРН 1027802500285, ИНН 7804010298,*  
*КПП 780401001*  
*Тел./факс 409-76-11, e-mail: pstom30@zdrav.spb.ru*

Главный врач СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №30»

Хомякова Э.Е. \_\_\_\_\_

" \_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_ г.

**ПОТРЕБИТЕЛЬ :**

ФИО:  
Адрес:  
Документ:  
Телефон:

" \_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_ г.

Сведения о законном представителе потребителя (при наличии):

- Ф. И. О.: \_\_\_\_\_
- адрес места жительства: \_\_\_\_\_
- телефон: \_\_\_\_\_
- данные документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_