

**Виконавець:**ДУ "ДНІПРОПЕТРОВСЬКИЙ  
ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ"

Адреса: вул. Філософська 39-а, м.Дніпро, 49006

Тел.: (056) 731-95-83, факс: (056) 731-95-83

E-mail: [dolc.post@ses.dp.ua](mailto:dolc.post@ses.dp.ua)

Код ЄДРПОУ: 38431598

ПІН: 384315904665

п/р: 31253293184184 в ДКСУ м. Київ

МФО: 820172

**Замовник:**

Адреса: \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Код ЄДРПОУ: \_\_\_\_\_

п/р: \_\_\_\_\_

МФО: \_\_\_\_\_

**АКТ****здачі-приймання наданих послуг**

від "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р.

за рахунком (-фактурою) № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_ р. до договору (оферта) № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_ р.  
місце складення - м. Дніпро

Ми, що підписалися нижче, \_\_\_\_\_, в особі \_\_\_\_\_, іменованій(а) надалі Замовник, з однієї сторони, та Державна установа "Дніпропетровський обласний лабораторний центр Міністерства охорони здоров'я України", в особі представника Виконавця \_\_\_\_\_, який діє на підставі \_\_\_\_\_, надалі Виконавець, з іншої сторони, склали цей акт в тому, що Виконавець надав перераховані нижче послуги:

Код з.п. підрозділу	Код преїскуранту	Найменування послуг (досліджень, інше)	Од. вим.	Кількість	Ціна без ПДВ за од. (грн)	Сума без ПДВ (грн.)

Загальна сума без ПДВ: \_\_\_\_\_ грн.

**Всього до сплати:**

ПДВ (20 %): \_\_\_\_\_ грн.

прописом грн. 00 коп.

Сума з ПДВ: \_\_\_\_\_ грн.

Всі послуги виконані у повному обсязі і Замовник претензій до термінів і якості наданих послуг не має.

**Виконавець:****Замовник:**\_\_\_\_\_  
(прізвище, ініціали, підпис, печатка)\_\_\_\_\_  
(прізвище, ініціали, підпис, печатка)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р. платіжне доручення № \_\_\_\_\_

**Візи:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /