**Приложение 1**

**к договору № \_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Согласно Приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 октября 2020 года № ҚР ДСМ-170/2020 «Об утверждении правил оказания платных услуг субъектами здравоохранения и типовой формы договора по предоставлению платных медицинских услуг (помощи)»

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Время**  **прибытия СМП** | Откуда | **Куда** | **Общее время услуги (объём заказа)** | **Время завершений услуги** | **Превышенное время услуги**  **(платное)** | **Сумма договора** | **Сумма за превышенное время услуги** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  **ГКП на ПХВ «Городская станция скорой медицинской помощи» акимата г. Астаны, ул.Т.Рыскулова, дом 8/1**  **БИН: 941240000718**  **ИИК:** **KZ1294805KZT22033084 (основной)**  **KZ8294805KZT22033085 (платный)**  **БИК EURIKZKA**  **AO «Евразийский Банк»**  **тел/факс: 8 (7172) 701-188  т. 705-703**  **Директор**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Оразбаев М. Б.**  **М.П.** | **Заказчик:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Ф.И.О.**  **ИИН Заказчика ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Пациент:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Ф.И.О.**  **ИИН Пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    **Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Ф.И.О. Подпись** |