**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** |