Қосымша 1

№ \_\_\_\_\_шартқа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

"Денсаулық сақтау субъектілерінің ақылы қызметтер көрсету қағидаларын және ақылы медициналық қызметтер (көмек) көрсету жөніндегі шарттың үлгілік нысанын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 29 қазандағы № ҚР ДСМ-170/2020 бұйрығына сәйкес

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Күні** | **ЖМК келу уақыты** | Кай жерден | **Қай жерге** | **Қызметтің жалпы уақыты (тапсырыс көлемі)** | **Қызметтің аяқталу уақыты** | **Қызметтің артық уақыты**  **(ақылы)** | **Келісім шарт сомасы** | **Қызметтің асқан уақыты үшін сома** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Орындаушы:**  **Астана қаласы әкімдігінің "Қалалық жедел медициналық жәрдем станциясы" ШЖҚ МКК, Т.Рыскулова к., 8/1 үй**  **БСН: 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.О.** | **Тапсырыс беруші:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Аты-жөні**  **Тапсырыс берушінің ЖСН ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Пациент:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Пациенттің ЖСН:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Аты-жөні**  **Мекен жайы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Қолы** |