**Акт оказания услуг**

**К ДОГОВОРУ ОБ ОКАЗАНИИ УСЛУГИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАЗМИНКИ МЫШЦ**

**от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**г. Пермь \_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 года**

ИП Углицких Сергей Владимирович, ИНН 594102011899, ОГРНИП 323595800009541, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, год рождения лица, получающего услуги)

в лице законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, дата рождения законного представителя)

именуемый/ая «Заказчик», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», составили настоящий АКТ о нижеследующем:

1. Согласно ДОГОВОРУ ОБ ОКАЗАНИИ УСЛУГИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАЗМИНКИ ШЕЙНЫХ МЫЩЦ (АНТИСПАЗМ ПОДЗАТЫЛОЧНЫХ МЫШЦ) (Далее по тексту Договор), исполнитель по заданию Заказчика в срок с \_\_\_\_\_\_\_\_\_ года по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года, оказал услуги по проведению процедуры, указанной в Договоре.
2. Подписанием настоящего акта стороны подтверждают, что услуги по проведению процедуры согласно п. 1.4. Договора считаются оказанными надлежаще и в полном объеме.
3. Стороны взаимных претензий по качеству, объемам оказанных услуг, срокам и размеру оплаты за оказанные услуги не имеют.
4. Общий размер вознаграждения за оказанные услуги подлежащие выплате Заказчиком Исполнителю в соответствии с договором составляет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, и оплачивается на реквизиты расчетного счета, указанные в п.6 настоящего Акта.
5. Настоящий акт составлен в двух идентичных экземплярах, для каждой из сторон и имеет одинаковую юридическую силу.
6. Подписи сторон:

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  ИП Углицких Сергей Владимирович  ИНН 594102011899  ОГРНИП 323595800009541  Адрес регистрации: 617766, Россия, Пермский край, г. Чайковский, б-р Текстильщиков, д.8, кв. 139  р/с 40802 810 60000138258  в АО “ТИНЬКОФФ БАНК”  к/с 30101810145250000974  БИК 044525974  Телефон +79504744170  e-mail [info@acupressura.ru](mailto:info@acupressura.ru)  Подпись  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | **Заказчик:**  ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_г.  Адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |