

ЗАЯВКА-АБОНЕМЕНТ
на оказание платных услуг (является акцептом Договора - оферты)

« ____ » _____ 2021 года

Настоящим подтверждаю, что с условиями Публичного договора-оферты на оказание платных услуг ООО «ЗДОРОВЬЕ-ЛАЙВ», а также с действующим Прейскурантом, размещенных в открытом доступе на Интернет-сайте <https://massage-live.ru/>, а также на информационных стендах Центров массажа ООО «ЗДОРОВЬЕ-ЛАЙВ», ознакомлен и согласен

_____ (подпись Клиента/Пациента(Законного представителя) Дата « ____ » _____ г.

Пациент _____, Дата рождения: « ____ » _____,
паспорт серии _____ № _____, выдан _____,
(дата и орган, выдавший документ)

Законный представитель _____, Дата рождения: « ____ » _____,
паспорт серии _____ № _____, выдан _____,
(дата и орган, выдавший документ)

Степень родства: _____, Условный номер Клиента/Пациента _____

Специалист _____
фамилия, имя, отчество

Порядок оплаты: _____
(наличный/безналичный способ оплаты; 100% предоплата, постоплата – оплата в день получения услуги)

ООО «ЗДОРОВЬЕ-ЛАЙВ» ИНН 7814524895, ОГРН 1127847047679,
осуществляющее деятельность на основании Лицензии на осуществление медицинской деятельности серии ЛО-78-01-002931, выданной Комитетом по здравоохранению города Санкт-Петербурга 13 августа 2012 года, по адресу (отметить V):

- 197372, город Санкт-Петербург, улица Ильющина, дом 1, корпус 2, литера А, помещение 9-Н;
- 197372, город Санкт-Петербург, Комендантский проспект, дом 12, корпус 1, литера А, помещение 2-Н.

№ п/п	Наименование услуги	Кол-во	Цена за единицу, рублей	Стоимость, рублей*
1				
2				
3				
4				
			Итого:	

* НДС не облагается, в связи с применением упрощенной системы налогообложения (ст. 346.11 Налогового кодекса Российской Федерации)

Примечание _____

Клиент/Пациент (Законный представитель):	Представитель ООО «ЗДОРОВЬЕ-ЛАЙВ»
Ф.И.О. _____	Ф.И.О. представителя _____
адрес регистрации _____	Действующий на основании Доверенности № ____ от _____ г.,
e-mail _____	<u>__manager@massage-live.ru</u> _____
номер контактного телефона _____	e-mail _____
_____	<u>__+7 (812) 34-74-333</u> _____
Подпись Клиента/Пациента (Законного представителя)	номер контактного телефона _____

	Подпись Клиента/Пациента (Законного представителя)

**ЛИСТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАЯВКИ
на оказание платных услуг**

ООО «ЗДОРОВЬЕ-ЛАЙВ» ИНН 7814524895, ОГРН 1127847047679,

осуществляющее деятельность на основании Лицензии на осуществление медицинской деятельности серии ЛО-78-01-002931, выданной Комитетом по здравоохранению города Санкт-Петербурга 13 августа 2012 года, по адресу (отметить V):

- 197372, город Санкт-Петербург, улица Ильюшина, дом 1, корпус 2, литера А, помещение 9-Н;
- 197372, город Санкт-Петербург, Комендантский проспект, дом 12, корпус 1, литера А, помещение 2-Н.

№ п/п	Наименование услуги	Кол-во (прописью)	Дата оказания услуги	Цена за единицу, рублей	Подпись Клиента/ Пациента в получении услуги	Примечание (претензий не имею/имею – указать какие)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Услуги оказаны надлежащим образом в полном объеме _____ / _____ /
(подпись Клиента/Пациента, Ф.И.О.)

Претензий по качеству и срокам оказания услуг не имею _____ / _____ /
(подпись Клиента/Пациента, Ф.И.О.)

Представитель ООО «ЗДОРОВЬЕ-ЛАЙВ» _____ / _____ /
(подпись представителя, Ф.И.О.)

В случае уклонения или немотивированного отказа Клиента/Пациента от подписания в настоящем ЛИСТА ИСПОЛНЕНИЯ ЗАЯВКИ на оказание платных услуг представитель ООО «ЗДОРОВЬЕ-ЛАЙВ» вправе составить односторонний акт об оказании услуг. Услуги, указанные в данном акте, считаются предоставленными ООО «ЗДОРОВЬЕ-ЛАЙВ» в полном объеме, принятыми Клиентом/Пациентом и подлежат оплате в соответствии с условиями договора.