Приложение № 2

к договору безвозмездного пользования оборудованием, предназначенным

для дистанционного диспансерного наблюдения пациента, предоставляемого

для использования на дому

№ undefined от Tue Apr 11 2023 00:00:00 GMT+0000 (Coordinated Universal Time) г.

**Акт**

**возврата оборудования № undefined**

г.Воронеж undefined г.

Медицинская Организация 1, именуемое в дальнейшем «Медицинская организация», в лице undefined, действующего на основании undefined, с одной стороны, и Новичихин Андрей Евгеньевич телефон +7 (951)-853-19-85 ПАСПОРТ!!!; СНИЛС 111-111-111 11; Страховой полис ОМС 151551515155; Дата рождения: Mon Dec 24 2001 00:00:00 GMT+0000 (Coordinated Universal Time); Место проживания: Адрес , находящийся под наблюдением undefined, именуемый в дальнейшем «Пациент (законный представитель)», с другой стороны, согласно условиям договора о предоставлении оборудования в безвозмездное временное пользование № undefined от Tue Apr 11 2023 00:00:00 GMT+0000 (Coordinated Universal Time) года (далее – договор) составили настоящий акт о возврате Медицинской организации оборудования, полученного Пациентом (законным представителем) по договору.

1. На момент составления настоящего акта оборудование комплектно и находится в исправном состоянии с учетом нормального износа.

2. Вместе с оборудованием передаются следующие документы по его эксплуатации:

–\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

–\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

3. Настоящий акт составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон и является неотъемлемой частью договора.

**Подписи сторон**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ФИО пациента (законного представителя) |  | Врач |
| Новичихин Андрей Евгеньевич |  |  |
|  |  |  |
| Подпись пациента (законного представителя) |  | Подпись лечащего врача |
| 12.04.2023 г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_г. |
|  |  | Печать врача |