

Приложение № 3
к Договору о предоставлении
технических средств реабилитации
во временное пользование
на платной основе
№ ____ от _____ г.

Акт сдачи-приемки предоставленных социальных услуг
для граждан, признанных нуждающимися в социальном обслуживании,
за период с _____ по _____
по договору от « ____ » _____ 20__ г.

Поставщиком социальных услуг: Краевое государственное бюджетное учреждение
социального обслуживания «Комплексный центр социального обслуживания населения
«Дзержинский»

Получатель социальных услуг _____
(Ф.И.О.)

Законный представитель получателя
социальных услуг _____
(Ф.И.О.)

Наименование предоставленных социальных услуг	Тариф		Предоставленные социальные услуги		
	Единица измерения	Стоимость по тарифу (руб.)	Количество (ед.)	Фактически затраченное время (мин.)	Стоимость (руб.)
Итого					

Всего к оплате: _____

С предоставленными социальными услугами согласен(а), претензий к объему, качеству оказанных социальных услуг и размеру оплаты не имею:

(Ф.И.О.) (подпись заказчика социальных услуг) (дата)

Исполнитель
Директор
_____/Н.А. Кривошеева/

Получатель (законный представитель)
_____/_____/

Приложение № 4
к Договору о предоставлении
технических средств реабилитации
во временное пользование
на платной основе
№ ____ от _____ г.

Акт сдачи-приемки предоставленных технических средств реабилитации
для граждан, непризнанных нуждающимися в социальном обслуживании,
за период с _____ по _____
по договору от « ____ » _____ 20__ г.

Наименование учреждения: Краевое государственное бюджетное учреждение социального
обслуживания «Комплексный центр социального обслуживания населения «Держинский»

Получатель технических средств
реабилитации _____
(Ф.И.О.)

Законный представитель получателя
технических средств реабилитации _____
(Ф.И.О.)

Наименование предоставленных технических средств реабилитации	Тариф		Предоставление технических средств реабилитации		
	Единица измерения	Стоимость по тарифу (руб.)	Количество дней	Фактически затраченное время (мин.)	Стоимость (руб.)
Итого					

Всего к оплате: _____

С предоставлением технических средств реабилитации согласен(а), претензий к объему,
качеству и размеру оплаты не имею:

(Ф.И.О.)

(подпись получателя технических
средств реабилитации)

(дата)

Исполнитель
Директор

_____/Н.А. Кривошеева/

Получатель (законный представитель)

_____/_____/