

ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ
ШВЕДСЬКО-УКРАЇНСЬКА КЛІНІКА
«ЕНГЕЛЬХОЛЬМ»

58023 м. Чернівці, вул. Руська, 185В тел. 0372 51-58-82
р/р 26006408046 в "Райффайзен Банк Аваль" м.Київ МФО
380805 інд.код 38791579.

Акт №126

Здачі-прийняття робіт (надання медичних послуг)

"22" березня 2017р.

Ми, що підписалися нижче: від "Виконавця" ТОВ Шведсько-Українська клініка «Енгельхольм» в особі директора Васильчишиної Алли Володимирівни з одного боку, та від «Платника» «Fundacja Charytatywna Pomoc Polakom na Kresach im. Ks. dr Mosinga» в особі _____ з іншого боку, склали цей акт про те, що 22 березня 2017 р. "Виконавцем" були надані медичні професійні послуги високої якості, пацієнту Кубицькій Ірині Францівні, на загальну суму 17700 PLN, за рахунок коштів виділених «Платником». Претензій та зауважень, що до якості надання медичних послуг у сторін немає.

№ п/п	П.І.Б пацієнта	Дата	Медичні послуги	Вартість PLN
1	Кубицька Ірина Францівна	22.03.2017р	Ендопротезування лівого кульшового суглоба	17700,00
Разом:				17700,00

Всього на суму : Сімнадцять тисяч сімсот польських злотих

Виконавець

Платник

ТОВ Шведсько-Українська клініка
«Енгельхольм»

Fundacja Charytatywna
Pomoc Polakom na Kresach
im. Ks. dr Mosinga"

Директор

Васильчишина А. В.

Пацієнт

Кубицька І. Ф.

INVOICE

number:

page 1 of 1

SENT BY

Company Name: Angelholm LLC 38791579
Name/Department:
Address: Chernivtsi, str. Ruska, 185V
City/Postal Code: 58023
Country: Ukraine
Tel./Fax: 0372515882
Beneficiary account No: 26004560919
Swift code: AVALUAUKXXX
Public Joint Stock Company Raiffeisen
BANK AVAL
Bank-Correspondents: Raiffeisen Bank
Polska S.A. Warszawa,
corr. account
number: PL 53 1750 0009
0000000001340263.
SWIFTcode: RCBW PL PW

SENT TO

Company Name: Fundacja Charytatywna
Pomoc Polakom na Kresach im. Ks. Dr
Mosinga
Name/Department:
Address: 65-823 Zielona Gora? Ul.
Olbrychta 8/9
City/Postal Code:
Country:
Tel./Fax:
VAT Reg. No:

WAYBILL/CMR/Bill of lading №

Number of pieces:
Total Gross Weight:
Total Net Weight:
Carrier:

Currency of invoice:

Number/Date of contract:

Full description of goods	Customs Commodity Code	Country of origin	Quantity	Unit value	Sub Total Value
Hip replacement (health services)			1	17700PLN	17700PLN

Total Value FOB:	17700PLN
Freight:	
Insurance:	
Total Value CIF:	17700PLN

Terms of Transportation (INCOTERMS-2010):

I declare that the above information is true and correct to the best of my knowledge.

Signature:

Name:

Place and date:

