

Дополнительное соглашение
к Договору оказания платных медицинских услуг
№ _____ от _____ 202 г.

г. Волжский

«__» _____ 2024 г.

Сведения об исполнителе:

ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР «НИША» адрес юридического лица: 404131, Россия, Волгоградская область, г. Волжский, г.о. город Волжский, ул. Мира, д. 55, помещ. 3, ОГРН 1233400003979 ИНН 3435144878, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01146-34/01094622 от « 15 » марта 2024 г. выданной Комитетом здравоохранения Волгоградской области, в лице Генерального директора Шпак Нины Анатольевны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Центр», «Исполнитель», с одной стороны, Сведения о потребителе:

(при оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно сведения фиксируются со слов потребителя услуги):

_____, адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения _____

телефон _____ электронная почта _____

данные документа, удостоверяющего личность гражданина РФ _____, выдан _____ по Волгоградской области, дата выдачи 00.00.2000 г., код подразделения 000-000.

Сведения о законном представителе потребителя или лице, заключающем договор от имени потребителя:

ФИО (в случае если заказчик является юридическим лицом, - должность лица, заключающего договор от имени заказчика) _____, адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения _____

телефон _____ электронная почта _____

данные документа, удостоверяющего личность или документ, подтверждающий полномочия указанного лица; _____

именуемый в дальнейшем «Пациент», «Клиент», «Потребитель», «Заказчик» с другой стороны и

Принимая во внимание:

желание и согласие Пациента (Заказчика) получить медицинские услуги, оказываемые Исполнителем на возмездной основе;

возможность Исполнителя оказать медицинские услуги, предусмотренные выданными лицензиями;

что до заключения договора Исполнитель уведомил Пациента (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, оказывающего медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента;

что Исполнитель не предоставляет медицинскую помощь без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

по взаимному добровольному согласию, реализуя предоставленные действующим российским законодательством права, Стороны заключили настоящее Дополнительное соглашение к договору оказания платных медицинских услуг № _____ от _____ (далее – Договор) о нижеследующем:

1. В рамках Договора Исполнитель оказывает Заказчику следующие услуги:

№ п/п	Наименование услуги	Единица измерения	Стоимость (руб.)	Кол-во	Общая сумма
1	Заключение врача-.....	услуга	40 000,00	1.00	40 000,00

2. Общая стоимость оказанных Потребителю медицинских услуг определяется в соответствии с настоящим Дополнительным соглашением исходя из фактически оказанных Исполнителем Потребителю конкретных медицинских услуг.

3. Оплата медицинских услуг по Договору осуществляется Заказчиком (Потребителем) в день оказания медицинских услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя и (или) безналичным способом с использованием платежных карт и иных электронных средств платежа по выбору Заказчика (Потребителя).

4. Подписывая настоящее Дополнительное соглашение, Потребитель подтверждает, что ознакомлен с методами оказания медицинской помощи, связанными с ними рисками, видами медицинского вмешательства, их последствиями и ожидаемыми результатами оказания медицинской помощи, планом предполагаемого лечения (обследования), объемом лечения (обследования), а также о том, что получил исчерпывающие и понятные ответы на все свои вопросы и имел достаточно времени на принятие решения по предложенному ему плану лечения и о заключении настоящего Дополнительного соглашения.

5. При необходимости оказания дополнительных платных медицинских услуг Сторонами оформляется отдельное дополнительное соглашение к Договору, которое подписывается Сторонами.

6. В остальной части условия Договора остаются прежними.

7. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента подписания Сторонами настоящего соглашения и действует до исполнения Сторонами обязательств по настоящему Дополнительному соглашению.

8. Настоящее дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора оказания платных медицинских услуг № _____ от _____.

9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Сведения об исполнителе:

ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР «НИША» адрес юридического лица: 404131, Россия, Волгоградская область, г. Волжский, г.о. город Волжский, ул. Мира, д. 55, помещ. 3, ОГРН 1233400003979 ИНН 3435144878, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01146-34/01094622 от « 15 » марта 2024 г. выданной Комитетом здравоохранения Волгоградской области

Р/счет 40702810011000018671

К/счет 30101810100000000647

БИК 041806647

ИНН 3435144878

ОГРН 1233400003979

ПАО Сбербанк

тел: 8 (800) 100-84-77

Email: info@nisha-medcenter.ru

Генеральный директор _____ Н.А. Шпак

Сведения о потребителе:

(при оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно сведения фиксируются со слов потребителя услуги):

ФИО, адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения _____

телефон _____ электронная почта _____

данные документа, удостоверяющего личность паспорт гражданина РФ 18 00 000000, выдан ГУ МВД России по Волгоградской области, дата выдачи 00.00.2000 г., код подразделения 000-000.

(подпись)

Условия договора мне разъяснены

_____/ФИО /

(подпись)

Сведения о законном представителе потребителя или лице, заключающем договор от имени потребителя:

ФИО (в случае если заказчик является юридическим лицом, - должность лица, заключающего договор от имени заказчика) _____, адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения _____

телефон _____

электронная почта _____

данные документа, удостоверяющего личность или документ, подтверждающий полномочия указанного лица; _____

(подпись)

Условия договора мне разъяснены

_____ ФИО

(подпись)