Договор №\_\_\_

на оказание платных медицинских услуг

|  |  |
| --- | --- |
| г. Ялта. | "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г. |

**Общество с ограниченной ответственностью "ПРОФМЕДИК"**, имеющее Лицензию на медицинскую деятельность № ЛО 41-011-77-91/00141646 от 11.04.2022 года, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице генерального директора Кисёлева Романа Александровича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
именуемый в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора.**

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными [законодательством](garantf1://12091967.3) об охране здоровья, а Потребитель обязуется оплатить данную помощь.

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включённые в Перечень определённых видов медицинских вмешательств, является Приложением №1 к настоящему Договору

1.2. [Перечень](garantf1://55624831.0) платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору, определяется в [Счете-заказе](garantf1://55624839.0) (Приложение №2 к настоящему Договору), являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с [Федеральным законом](garantf1://12091967.192) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.4. Срок оказания медицинских услугс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023

1.5. Исполнитель после исполнения настоящего договора выдаёт Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

2. Права и обязанности сторон.

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с [Перечнем](garantf1://55624831.0) оказываемых пациенту платных медицинских услуг, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

2.1.2. Оказывать медицинские услуги в полном объёме с соблюдением [порядков](garantf1://5655550.0) оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утверждённых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.4. По требованию Потребителя предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

* порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
* информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
* информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
* другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.

2.1.5. Предоставить Потребителю (законному представителю Потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

* о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
* об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.6. Обеспечить предоставление обусловленных договором услуг высококвалифицированным медицинским персоналом.

2.1.7. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.

2.1.8. Вести учёт видов, объёмов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя.

2.1.9. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные медицинские услуги при необходимости их оказания предоставляются на основании отдельно заключаемого договора.

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1. отказаться от исполнения настоящего договора в случае невыполнения Потребителем рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу.

2.2.2. При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Потребителю в проведении лечебно- диагностических процедур.

2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1. Оплатить стоимость предоставленных Исполнителем медицинских услуг, указанных в п. 2.1.1 настоящего договора в сроки и в порядке, которые определены настоящим договором.

2.3.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведённых вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

2.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

2.4.2. Осуществлять выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги.

2.4.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесённых им расходов.

2.5. Потребитель даёт свободно, своей волей и в своём интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчётов

3.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется на основании [счета-заказа](garantf1://55624839.0) по ценам в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утверждённым Исполнителем, и составляет **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(без НДС - пп.2, п. 2, ст. 149 НК РФ).

3.2. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдаётся документ, подтверждающий произведённую оплату предоставленных медицинских услуг (чек ККТ).

3.3. В случае заключения отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг согласно п. 2.1.9 договора их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения отдельного договора.

3.4. Потребитель осуществляет 100% предоплату медицинских услуг при заключении договора наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по своему выбору.

3.5. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчётов.

4. Ответственность сторон

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несёт ответственность, предусмотренную [законодательством](garantf1://10064072.1025) Российской Федерации.

4.2. Вред, причинённый жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель не несёт ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объёме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своём здоровье в соответствии с п. 2.3.2 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 2.3.4 настоящего договора.

4.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

5. Конфиденциальность

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

5.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

6. Заключительные положения

6.1. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

6.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

6.3. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.4. Настоящий договор составлен в двух аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6.5. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

**7. Иные условия**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8. Лицензируемый вид деятельности:**

Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколков").

9. Перечень медицинских услуг,составляющих медицинскую деятельность Исполнителя

Выполняемые работы, оказываемые услуги (Приказ 866н):

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие

работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

* сестринскому делу;
* сестринскому делу в педиатрии;

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

* организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии;
* педиатрии;
* терапии;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

* оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации);
* сурдологии - оториноларингологии;
* ультразвуковой диагностике.

**10. Реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Потребитель** |
| ООО «ПРОФМЕДИК» 298650, Республика Крым, г.о.Ялта, пгт.Массандра, ш.Южнобережное, зд.13А; тел.(978) 313-13-33  ИНН 9103098273 КПП 910301001  Л041-01177-91/00141646 от 11.04.2022  Р/с 40702810700330000407 в АО «Генбанк» г.Симферополя  К/с 30101810835100000123  БИК 043510123 **Генеральный директор**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Р.Кисёлев | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя и отчество)  Адрес места жительства  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / /  (подпись) (фамилия, имя и отчество) |

Приложение № 1

к Договору на оказание платных медицинских услуг

от "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г. №\_\_

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включённые в [Перечень](#l2) определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 г. № 390н далее - виды медицинских вмешательств, включённых в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в **Обществе с ограниченной ответственностью "ПРОФМЕДИК» медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включённых в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9](#l114) статьи 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с [пунктом 5](#l105) части 5 статьи 19 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),в том числе после смерти \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)   (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)   (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Приложение № 3

к Договору на оказание платных медицинских услуг

от "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г. №\_\_

**СОГЛАСИЕ**

**НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(фамилия, имя, отчество - при наличии)

основной документ, удостоверяющий личность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(вид документа, серия, номер, дата выдачи документа, наименование выдавшего органа)

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

даю свое согласие на обработку моих персональных данных, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; тип документа, удостоверяющего личность; данные документа, удостоверяющего личность; гражданство; сведения об инвалидности и иные сведения.

Ядаю согласие на использование персональных данных исключительно в целях рассмотрения моих документов, а также на хранение данных об этих результатах   
на электронных носителях.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией, обезличивание, блокирование персональных данных,   
а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Япроинформирован, что получатель сведений гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных   
или в течение срока хранения информации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 г. /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Подпись) (Расшифровка подписи)*



Приложение №4 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

к договору № \_\_\_\_от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 202 г.

Д**ополнительное соглашение**

**к Договору на оказание платных медицинских услуг**

г.Ялта

ООО «ПРОФМЕДИК» действующее на основании Устава и лицензии № ЛО41-011-77-91/00141646 от 11.04.2022 годана оказание медицинских услуг, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Кисёлева Р.А., действующего на основании (Устава), с одной стороны, и Пациент или Заказчик(нужное подчеркнуть) (Заказчик - законный представитель, действующий в интересах пациента ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, далее именуемый «Пациент/Заказчик» с другой стороны, заключили настоящее Дополнительное соглашение к Договору на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. о нижеследующем.

1 Исполнитель оказывает Пациенту/Заказчику следующие платные медицинские: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 Сумма оплаты за оказанное лечение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.Пациент/Заказчик обязуется оплатить денежную сумму, указанную в п. 2 настоящего дополнительного соглашения в течение одного банковского дня, следующего за днем подписания настоящего дополнительного соглашения. Оплата производится в кассу Исполнителя.

4.Настоящее дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора, вступает в силу с момента подписания сторонами.

5.Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим дополнительным соглашением стороны руководствуются положениями Договора на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

6.Настоящее соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один экземпляру для Пациента/Заказчика, один экземпляра для Исполнителя.

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель:  Генеральный Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  М.П. | Пациент/Заказчик:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |