

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**  
к договору возмездного оказания медицинских услуг № <НОМЕР\_ДОГОВОРА> от <ДАТА\_ДОГОВОРА>

г. Пермь

<ДАТА>

Акционерное общество «Медицинский центр «Философия красоты и здоровья», в дальнейшем именуемое «Клиника», в лице старшего администратора Шлыковой Марины Юрьевны, действующей на основании доверенности б/н от 01.01.2023 г., с одной стороны, и <ПАЦИЕНТ>, в дальнейшем именуемый(ая) «Пациент», в лице законного представителя <ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ>, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», подписали настоящее дополнительное соглашение (далее – дополнительное соглашение) о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СОГЛАШЕНИЯ**

1.1 По настоящему дополнительному соглашению и в период его действия в рамках договора возмездного оказания медицинских услуг Клиника обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги в соответствии с Программой прикрепления, а Пациент обязуется оплатить следующие платные медицинские услуги (далее – услуги):

1.2 Общая стоимость услуг по настоящему дополнительному соглашению составляет \_\_\_\_ (\_\_\_\_) рублей. Оплата услуг осуществляется в соответствии с условиями настоящего дополнительного соглашения.

1.3 Пациент вправе требовать оказания только тех медицинских услуг, которые определены Программой.

1.4 Программа прикрепления указана в Приложении №1 к настоящему дополнительному соглашению.

**2. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

2.1. Оплата общей стоимости услуг, указанная в п.1.2. настоящего дополнительного соглашения, осуществляется Пациентом в наличной или безналичной форме одновременно в момент подписания настоящего дополнительного соглашения.

2.2. Пациент проинформирован и понимает, что в случае неоказания Пациенту услуг по причинам, не связанным с виновными действиями/виновным бездействием Клиники (необращение Пациента в Клинику за оказанием услуг в течение срока действия настоящего дополнительного соглашения, досрочное расторжение настоящего дополнительного соглашения по инициативе Пациента и т.п.), платеж, уплаченный Клинике, возврату Пациенту не подлежит.

**3. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

3.1 Клиника уведомляет Пациента о возникших обстоятельствах, которые могут привести к изменению объема оказываемых услуг и/или о факте выявления у Пациента заболеваний, не оплачиваемых по Программе.

3.2 Клиника вправе отказать в проведении лечебно-диагностических мероприятий в случае выявления у Пациента заболеваний (состояний), не оплачиваемых по Программе, либо в случае неосуществления Пациентом дополнительной оплаты медицинских услуг, не предусмотренных Программой, либо в случае выявления обстоятельств и/или заболеваний (состояний) у Пациента, которые являются противопоказаниями к проведению лечебно-диагностических мероприятий или препятствуют надлежащему оказанию услуг Клиникой.

3.3 Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента уплаты Пациентом стоимости медицинских услуг и действует в течение одного календарного года с момента заключения настоящего дополнительного соглашения. Окончание срока действия дополнительного соглашения не освобождает Стороны от ответственности за его нарушение, допущенное в период срока действия.

3.4 Настоящее дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

3.5 Все вопросы, не урегулированные настоящим дополнительным соглашением, решаются в соответствии с договором возмездного оказания медицинских услуг и действующим законодательством РФ.

**4. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

**Клиника: Акционерное общество «Медицинский центр «Философия красоты и здоровья»**

614107, Пермский край, г. Пермь, ул. КИМ, 64

ИНН 5906064411, КПП 590601001, ОГРН 1055903435422

Р/с 40702810849500112216 в Волго-Вятском банке ПАО СБЕРБАНКА РОССИИ, К/с 30101810900000000603, БИК 042202603

Тел. (факс): (342) 260-60-60 (Call-Центр), (342) 260-41-27, e-mail: [info@medic-group.ru](mailto:info@medic-group.ru) www.medic-group.ru

Подпись: \_\_\_\_\_ / М.Ю. Шлыкова /

**Пациент: <ПАЦИЕНТ>**

Свидетельство о рождении

Паспорт: серия <СЕРИЯ> № <НОМЕР>, выдан: <ВЫДАН>, <КОГДА> г.

Адрес места жительства: <АДРЕС>

Тел.: <ТЕЛЕФОН>

Подпись \_\_\_\_\_ /<ПАЦИЕНТ>

**Законный представитель: <ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ>**

Паспорт: серии <ЗП\_СЕРИЯ> № <ЗП\_НОМЕР>, выдан: <ЗП\_ВЫДАН>, <ЗП\_КОГДА> г.

Адрес места жительства: <ЗП\_АДРЕС>

Тел.: <ЗП\_ТЕЛЕФОН>, Адрес электронной почты: <ЗП\_e-mail>

Подпись \_\_\_\_\_ /<ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ>