

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 в рамках договора возмездного оказания медицинских услуг Клиника обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги, 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 договора возмездного оказания медицинских услуг.

2. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

2.1. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств. Окончание срока действия дополнительного соглашения не освобождает Стороны от ответственности за его нарушение, допущенное в период срока действия.

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

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

3. 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 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>