

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
к договору возмездного оказания медицинских услуг № ____ от _____

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, а Пациент обязуется оплатить следующие платные медицинские услуги (далее – услуги):

1.2. Для надлежащего оказания услуг Клиника предоставляет, а Пациент принимает во временное безвозмездное пользование оборудование - Аппарат холтеровского мониторирования "КАРДИОТЕХНИКА" № _____ со всеми принадлежностями и относящимися к нему документами, именуемое в дальнейшем «Оборудование», и своевременно возвратить его в исправном состоянии с учетом нормального износа в срок, указанный в Договоре. Передаваемое Оборудование остается в собственности Клиники.

1.1. Общая стоимость услуг по настоящему дополнительному соглашению к договору составляет ____ (____) рублей. Оплата услуг осуществляется в соответствии с условиями договора.

1.2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Клиника обязуется:

2.1.1. в день подписания настоящего дополнительного соглашения передать Оборудование Пациенту (во временное безвозмездное пользование) в состоянии, соответствующем условиям дополнительного соглашения и его назначению со всеми его принадлежностями.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. поддерживать передаваемое Оборудование в исправном состоянии и нести все расходы по его содержанию.

2.2.2. немедленно сообщить Клинике об обнаружении ненадлежащего качества Оборудования и прекратить его использование.

2.2.3. осуществить самостоятельно и за свой счет ремонт Оборудования, в случае если передаваемое Оборудование вышло из строя вследствие неправильной эксплуатации Пациентом.

2.2.4. вернуть Оборудование в течение дня, которым зачивается период оказания основной услуги (через 24 часа или 48 часов после получения Оборудования).

2.3. Пациент не вправе предоставлять передаваемое Оборудование в аренду, в безвозмездное пользование иным лицам, передавать свои права и обязанности по настоящему дополнительному соглашению третьим лицам, отдавать Оборудование в залог.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

3.1. Сторона не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая обязательства по настоящему дополнительному соглашению, обязана возместить другой Стороне причиненные убытки, если иное не установлено действующим законодательством РФ и настоящим дополнительным соглашением.

3.2. В случае нарушения срока возврата Оборудования Пациент по требованию Клиники уплачивает пени в размере 2 000 (Две тысячи) рублей за каждый день просрочки.

3.3. В случае невозврата Оборудования Пациент по требованию Клиники уплачивает штраф в размере текущей рыночной стоимости идентичного или аналогичного оборудования.

3.4. Пациент несет риск случайной гибели или случайного повреждения Оборудования в размере текущей рыночной стоимости идентичного или аналогичного оборудования.

4. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

4.1. 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.

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

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

5. 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>

Настоящим подтверждаю получение мной Оборудования в надлежащем состоянии и со всеми принадлежностями.

_____ г.
(дата)

(подпись) / _____
(расшифровка)