ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
к договору возмездного оказания медицинских услуг № <НОМЕР_ДОГОВОРА> от <ДАТА_ДОГОВОРА>

г. Пермь <ДАТА>

Общество с ограниченной ответственностью «Клиника «Любимый доктор», в дальнейшем именуемое **«Клиника»**, в лице главного врача Канюковой Ольги Геннадьевны, 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: Общество с ограниченной ответственностью «Клиника «Любимый доктор»
619000, Пермский край, г. Кудымкар, ул. Пермяцкая, д. 34, оф. 4
ИНН 5981007042, КПП 598101001, ОГРН 1175958025121
Р/с 40702810349770020502 в Волго-Вятском банке ПАО СБЕРБАНК России, К/с 30101810900000000603, БИК 042202603
Тел. (факс): (342) 260-60-60 (Call-Центр), (342) 260-41-27, (34260) 4-86-56, e-mail: info@medic-group.ru www.dr59.ru

Подпись: _____ / О.Г. Канюкова /

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>