

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 по определению ДНК/РНК возбудителей клещевого энцефалита, боррелиоза, анаплазмоза, эрлихиоза методом ПЦР) (далее – услуги):

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

2. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

2.1. Пациенту необходимо в назначенное время обратиться в Клинику или позвонить по телефону (342) 260-60-60, назвать регистрационный номер клеща и фамилию для получения результата. Также узнать результат можно в личном кабинете на сайте Клиники (www.medic-group.ru), логин и пароль указываются на квитанции об оплате, либо в мобильном приложении Клиники. В случае положительного результата исследования необходимо получить направление для проведения профилактики. Профилактика эффективна только в первые 48 часов с момента укуса клещом.

2.2. Клиника не несет ответственность за достоверность результатов исследований сухих и/или поврежденных клещей, сильно напившихся клещей, клещей с поврежденной головкой, клещей с отсутствием хоботка и слюнных желез, а также в случае предоставления на исследование материала, не являющегося клещом. В указанных случаях проведение исследования может оказаться невозможным либо результат исследования может быть заведомо отрицательным.

2.3. При этом невозможность проведения исследования по вышеуказанной причине не освобождает Пациента от обязанности по оплате оказанной услуги.

3. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

3.1. 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.

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

3.3. 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 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>