г. Тула «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года

**Дополнительное соглашение №\_\_\_\_ к ДОГОВОРУ № \_\_\_ от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. на оказание платных медицинских услуг**

**Государственное учреждение здравоохранения «Тульский областной клинический кожно-венерологический диспансер»**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», (полный перечень сведений об «Исполнителе» указан в преамбуле Договора)

в лице уполномоченного лица «Исполнителя» медицинского регистратора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО полностью), действующего на основании доверенности №\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны, и гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, имя отчество (при наличии)), проживающий по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, данные документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый в дальнейшем «Заказчик» - законный представитель Потребителя (ФИО Потребителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата рождения Потребителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ СОГЛАШЕНИЯ**

1.1. В соответствии с пунктом 3.3. Договора № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. на оказание платных медицинских услуг (далее – Договор на оказание платных медицинских услуг) между «Исполнителем» и «Заказчиком» (законным представителем Потребителя) достигнута договоренность об оказании медицинских услуг Потребителю в соответствии с Приложением № 1 к настоящему дополнительному соглашению.

1.2.Стоимость медицинских услуг составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_копеек. (прописью\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

1.3. Срок оказания услуг:

Дата начала срока оказания услуг с указанием конкретной даты:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата окончания срока оказания услуг с указанием конкретной даты:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ**

2.1. Настоящее Соглашение вступает в свою юридическую силу с момента подписания и является неотъемлемой частью Договора на оказание платных медицинских услуг, положениями которого Стороны руководствуются при оказании услуг.

2.2. До заключения настоящего дополнительного соглашения «Исполнитель» в письменной форме уведомил потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

2.3. При заключении настоящего дополнительного соглашения Стороны допускают факсимильное воспроизведение подписи «Исполнителя», при этом факсимильная подпись будет иметь такую же силу, как и подлинная подпись.

2.4. Настоящее соглашение подписано в трех экземплярах, каждый из которых имеет равную юридическую силу, по одному для «Исполнителя», «Заказчика» (законного представителя Потребителя), Потребителя.

 **Исполнитель Лечащий врач Заказчик (законный представитель Потребителя)**

медицинский

регистратор ГУЗ «ТОККВД» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Ф.И.О./ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Ф.И.О./

\_\_\_\_\_\_\_\_подпись/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О./ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/подпись/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/подпись/

Приложение № 1 к дополнительному соглашению №\_\_\_\_\_от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование медицинской услуги** | **Код** | **Цена за услугу, в рублях (в т.ч. НДС)** | **Количество оказываемых медицинских услуг** | **Общая стоимость, в рублях (в т.ч. НДС)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Итого**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_копеек. (прописью\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 **Исполнитель Лечащий врач** **Заказчик (законный представитель Потребителя)**

медицинский

регистратор ГУЗ «ТОККВД» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Ф.И.О./ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Ф.И.О./

\_\_\_\_\_\_\_\_подпись/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О./ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/подпись/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/подпись/

**Акт сдачи-приемки Услуг к договору**

**Подписание настоящего акта осуществлено после оказания платных медицинских услуг.**

**Платные медицинские услуги оказаны в полном объеме, надлежащего качества.**

**Стороны претензий друг к другу** имеют / не имеют (нужно подчеркнуть)

**Перечисление претензий (заполняется при наличии претензий)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Исполнитель Лечащий врач** **Заказчик (законный представитель Потребителя)**

медицинский

регистратор ГУЗ «ТОККВД» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Ф.И.О./ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Ф.И.О./

\_\_\_\_\_\_\_\_подпись/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О./ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/подпись/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/подпись/