

**Дополнительное соглашение
к Договору об оказании платных медицинских услуг**

№ _____ от « _____ » _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Поликлиника №50 города Уфа, расположенное по адресу: РБ, г. Уфа, проспект Октября, д. 26, зарегистрированное в качестве юридического лица в соответствии с Единым государственным реестром серия 02 № 006202123 от 23.06.2010г., выданным Межрайонная инспекция ФНС № 39 по РБ, ОГРН 1030204598764, ИНН 0278059720, в лице регистратора(совмещаемый должность кассира) _____, действующий на основании доверенности № _____ от _____, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», и с одной стороны гражданин (законный представитель «Потребителя») _____

_____ [фамилия, имя, отчество (при наличии) Заказчика/законного представителя потребителя, дата рождения],

проживающий по адресу: _____

Телефон: _____ (документ, подтверждающий полномочия указанного лица _____), именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» (законный представитель «Потребителя»), вместе именуемые «Стороны» а по отдельности – «Сторона», заключили настоящее:

Дополнительное соглашение к Договору об оказании платных медицинских услуг № _____ от « _____ » 20__ г. (далее Договор) о нижеследующем:

1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю дополнительные платные медицинские услуги согласно следующему Перечню (смете) платных медицинских услуг:

Перечень (смета) платных медицинских услуг

Перечень платных медицинских услуг

№	Код услуги	Наименование услуги	ФИО	Количество	Срок оказания услуги	Цена по прейскуранту, руб.	Вид льготы, %	Сумма к оплате, руб.
			врача или специалиста					
ИТОГО:								

Стоимость медицинских услуг составляет _____ (_____) _____

сумма прописью

рублей _____ копеек и определяется на основании действующего Прейскуранта цен Исполнителя.

2. Настоящее Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора и вступает в силу с даты подписания его Сторонами.

3. Остальные условия Договора остаются неизменными и Стороны подтверждают принятые по Договору обязательства

4. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в _____¹ экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

Подписи сторон:

«Исполнитель»: регистратор (совмещаемый должность кассира) _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

«Потребитель/Заказчик»: _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

1 В случае если Дополнительное соглашение заключается между Исполнителем и Потребителем оно составляется в 2-х экземплярах, один для Исполнителя, второй для Потребителя. В случае если Дополнительное соглашение заключается между Исполнителем и Заказчиком в пользу Потребителя, то оно заключается в 3-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Потребителя.

АКТ

оказания платных медицинских и иных услуг № _____

г. Уфа

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Поликлиника №50 города Уфа, расположенное по адресу: РБ, г. Уфа, проспект Октября, д. 26, зарегистрированное в качестве юридического лица в соответствии с Единым государственным реестром серия 02 № 006202123 от 23.06.2010г., выданным Межрайонная инспекция ФНС № 39 по РБ, ОГРН 1030204598764, ИНН 0278059720, в лице регистратора(совмещаемый должность кассира) _____, действующий на основании доверенности № _____ от _____, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», и с одной стороны гражданин (законный представитель «Потребителя»)

[фамилия, имя, отчество (при наличии) Заказчика/законного представителя потребителя, дата рождения],

проживающий по адресу: _____

Телефон: _____ (документ, подтверждающий полномочия указанного лица _____), именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» (законный представитель «Потребителя»), вместе именуемые «Стороны» а по отдельности – «Сторона», заключили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора на оказание платных медицинских и иных услуг № _____ от _____ г. «Исполнителем» оказаны услуги, в следующем объеме:

№	Код услуги	Наименование услуги	ФИО врача	Количество	Срок оказания услуги	Цена по прейскуранту, руб.	Вид льготы, %	Сумма к оплате, руб.
			или специалиста					
ИТОГО:								

2. Указанные в п. 1 настоящего Акта услуги согласно Договору № _____ от _____ г. на оказание платных медицинских и иных услуг оказаны в полном объеме.

3. Замечаний к услугам и предоставленным Исполнителем лекарственным средствам, материалам не имеется.

4. Стоимость оказанных услуг, согласно Договору № _____ от _____ г. на оказание платных медицинских и иных услуг составила _____ (_____) руб.
сумма прописью

Регистратор(совмещаемый должность кассира): _____ / (_____)
(подпись) (расшифровка подписи)

Потребитель/Заказчик: _____ / (_____)
(подпись) (расшифровка подписи)