Приложение

к Договору на оказание

платных медицинских услуг

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дополнительно соглашение № \_\_\_\_\_\_\_\_**

**к Договору**

**на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(далее – Договор)**

г.Липецк «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_г.

Государственное учреждение здравоохранения "Областная детская больница" (ГУЗ "ОДБ"), ОГРН 1024840851617 (свидетельство серии 48 №000799494 выдано 02.12.2002г. Инспекцией МНС России по Центральному району г.Липецка), ИНН 4825004194, лицензия на осуществление медицинской деятельности Л041-01195-48/00553187 выдана 06.02.2020г. Управлением здравоохранения Липецкой области (398050, г.Липецк, ул.Зегеля, д.6, тел. 8 (4742) 23-80-02), срок действия лицензии – бессрочно, перечень предоставляемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией, указан в Договоре, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача С.М.Голобурдина, действующего на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения,

(фамилия, имя и отчество (при наличии) потребителя) (дата рождения)

свидетельство о рождении / паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(данные документа, удостоверяющего личность)

зарегистрированный (-ая)/ проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(адрес регистрации/ места жительства потребителя)

именуемый (-ая) в дальнейшем «Потребитель», а также \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя потребителя)

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(данные документа, удостоверяющего личность)

зарегистрированный (-ая)/ проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(адрес регистрации/ места жительства заказчика)

телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый (-ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, при совместном упоминании Стороны, заключили настоящее Дополнительное соглашение (далее – ДС) к Договору о нижеследующем:

1. В соответствии с пунктом 1.1 Договора, "Исполнитель" обязуется оказать "Потребителю" (Заказчику) по его желанию и на возмездной основе следующие медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п (по прейскуранту) | Наименование услуги (Врачебный персонал/ Средний медицинский персонал) | Кол-во | Стоимость услуги, руб. | Сумма, руб. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **ИТОГО:** | | | |  |

Всего оказано услуг на сумму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей 00 копеек.

(сумма прописью)

2. Сроки предоставления услуг по настоящему ДС: с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

3. Подписывая настоящее ДС Потребитель (Заказчик) подтверждает, что ему была предоставлена Исполнителем в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

4. Настоящим Потребитель (Заказчик) подтверждает, что до подписания настоящего ДС был уведомлен Исполнителем 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.

5. Все термины и определения, используемые в настоящем ДС, имеют те же значения, что и в Договоре.

6. Настоящее Дополнительное соглашение к Договору имеет силу Акта об оказанных Исполнителем платных медицинских услугах. Платные медицинские услуги были выполнены Исполнителем в соответствии с условиями настоящего ДС и Договора надлежащим образом и в полном объеме. Потребитель (Заказчик) претензий к Исполнителю по объему, качеству и срокам оказания Услуг не имеет.

7. В случае обнаружения Потребителем (Заказчиком) недостатка оказанной Исполнителем Услуги в течение 10 (десяти) дней с момента ее оказания Потребитель (Заказчик) направляет письменную претензию в адрес Исполнителя. При отсутствии претензии Услуга признается оказанной надлежащего качества.

8. Настоящее Дополнительное соглашение вступает в силу с момента подписания его Сторонами и с момента подписания является неотъемлемой частью Договора, составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу по одному для каждой из Сторон.

**Подписи Сторон**

**Исполнитель Заказчик**

**ГУЗ «ОДБ»** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

398055 г.Липецк, ул.Московская, 6 «а» (Ф.И.О.)

ОГРН 1024840851617 выдан 02.12.2002г. паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Инспекцией МНС России выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

по Центральному району г.Липецка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(свидетельство серия 48 №000799494) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН 4825004194 КПП 482501001 (данные документа, удостоверяющего личность)

Управление финансов Липецкой области \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

р/с 033224643420000004600 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отделение Липецк Банка России // (адрес)

УФК по Липецкой области г.Липецк

к/с 40102810945370000039

БИК 014206212 ОКПО 21462779

ОКОНХ 91511 ОКТМО 42701000001

Тел. 8 (4742) 31-41-02

Сайт: www.guz-odb.ru

Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_С.М. Голобурдин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(печать) (подпись) (Ф.И.О.)