 Приложение № 2

 к договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_г.

**Дополнительное соглашение N \_\_**

**к договору на оказание платных медицинских услуг**

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

г. Стерлитамак «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр НОРИС», расположенное по адресу: 453118, Республика Башкортостан, г. Стерлитамак, ул. Худайбердина, д. 101, действующее на основании Устава, ОГРН 1090268001670, ИНН 0268051739, лицензии № Л041-01170-02/00344552, дата предоставления лицензии 27.12.2019 г., действует, в лице врача – специалиста либо медицинского работника, оказывающего медицинские услуги в соответствии с приказом № 7 от 01.01.2023 г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО, должность врача-специалиста либо медицинского работника)

именуемое далее Исполнитель, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО Потребителя (законного представителя Потребителя или лица, заключающего договор от имени Потребителя), либо ФИО Заказчика - физическое лицо, либо наименование Заказчика - юридическое лицо ОГРН/ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_),

именуемый далее Потребитель, с другой стороны, именуемые далее Стороны, заключили настоящее дополнительное соглашение (далее соглашение) к договору на оказание платных медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_о нижеследующем:

1.   На условиях заключенного договора Исполнитель обязуется оказать Потребителю, а Потребитель обязуется оплатить следующие платные медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код медицинской услуги | Наименование выполненных работ, оказанных услуг | Срок ожидания предоставления платных услуг | Стоимость в соответствии с Прейскурантом цен на момент фактического оказания услуг | Количество услуг | Сумма(руб.) НДС не облагается |
|  |  |  |  |  |  |
| **ИТОГО** |  |  |  |

2.Оплата вышеуказанных услуг в размере\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. вносится в форме 100% предоплаты.

3. Соглашение считается заключенным с момента его подписания Сторонами, является неотъемлемой частью договора и хранится 5 лет.

4. Соглашение составлено в двух подлинных экземплярах (трех в случае подписания заказчиком, потребителем и исполнителем), имеющих одинаковую юридическую силу, хранятся у Потребителя (Заказчика) и Исполнителя.

6. Соглашение является неотъемлемой частью Договора на оказание платных медицинских услуг от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_.

7. Стороны договорились о возможности использования факсимильного воспроизведения подписи врача – специалиста либо медицинского работника, оказывающего медицинские услуги в соответствии с приказом № 7 от 01.01.2023 г. Все остальные условия Договора, не затронутые настоящим Соглашением, остаются неизменными.

8. Адреса и подписи Сторон

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Исполнитель:ООО "Медицинский центр НОРИС"Адрес: 453118, г. Стерлитамак, ул. Худайбердина, д.101Тел/факс: (3473) 24-03-03ИНН/КПП 0268051739/026801001р/с 40702810501170000402 в ПАО "БАНК УРАЛСИБ" в г. Уфак/с 30101810600000000770 БИК 048073770Должность врача-специалиста либо медицинского работника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО /Подпись М.П. |  | Потребитель (Заказчик):ФИО (наименование) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Документ, удостоверяющий личностьпаспорт (иной) серия/номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата выдачи Кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО /подпись |