

Дополнительное соглашение N 1 от _____ г.
к Договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ 20 _____ г.



_____ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Медико-санитарная часть №170 Федерального медико-биологического агентства" (ФГБУЗ МСЧ №170 ФМБА России), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-77/00326619 от 31.08.2018г., выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109012, Москва, Славянская площадь, д.4, стр.1, +7 (499) 578-02-20), срок действия: бессрочно, в лице И.О. начальника _____, действующей на основании Устава, и

гр. _____, дата рождения _____, проживающая по адресу: _____, телефон (раб., дом.) _____, именуемая в дальнейшем "Пациент",

заключили настоящее Дополнительное соглашение к Договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ г. (далее Договор) о нижеследующем:

1. Исполнитель оказывает Пациенту дополнительные платные медицинские услуги:

№	Наименование услуги	Код услуги	Кол-во	Цена услуги	Стоимость
1			1	1,00	1,00
Итого:			1	-	1,00

(Один рубль 00 копеек)

2. Настоящее дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора, вступает в силу с момента подписания Сторонами.

3. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим дополнительным соглашением, Стороны руководствуются положениями Договора.

4. Настоящее дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон; или в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон для Исполнителя, Пациента и Плательщика.

5. Стороны пришли к соглашению считать действительными и имеющими юридическую силу факсимильные подписи (факсимиле) уполномоченных представителей Сторон, подписывающих Договор, а также любые изменения и дополнения к нему

ПОДПИСИ СТОРОН:

Исполнитель:
ФГБУЗ МСЧ №170 ФМБА России
И.О. начальника _____ / _____
подпись, ФИО

Пациент:

(подпись, ФИО)

Приложение №2

Акт об оказании медицинских услуг от _____ г.

Исполнитель: Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Медико-санитарная часть №170 Федерального медико-биологического агентства" (ФГБУЗ МСЧ №170 ФМБА России)

Адрес: 141070, Мос. обл., г. Королев, ул. Ленина, д. 2

Телефон: +7(495)516-09-83(call-центр), 516-54-88(платн.отд)

ИНН / КПП / ОГРН: 5018036166 / 501801001 / 1035003350799

Пациент: _____

1. В соответствии с Дополнительным соглашением № 1 от _____ г. к Договору на оказание платных медицинских услуг № _____ 20 _____ г. Исполнитель оказал, а Пациент получил медицинские услуги:

№	Наименование услуги	Код услуги	Кол-во	Цена услуги	Стоимость
1			1	1,00	1,00
Итого:			1	-	1,00

Всего наименований 1, на сумму Один (рубль 00 копеек)

1. Услуги оказаны и оплачены надлежащим образом в полном объеме.

2. Стороны взаимных претензий не имеют.

3. Акт составлен в двух экземплярах по одному для каждой из Сторон для Исполнителя и Пациента; или в трех экземплярах для Исполнителя, Пациента и Плательщика.

ПОДПИСИ СТОРОН:

Исполнитель:
ФГБУЗ МСЧ №170 ФМБА России
И.О. начальника _____ / _____
подпись, ФИО

Пациент:

(подпись, ФИО)