

Дополнительное соглашение к Договору на оказание медицинских услуг

г. Ярославль

" ____ " _____ г.

_____, именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", с одной стороны, и Общество с ограниченной ответственностью "Ярославский флебологический центр "Доктор Вен", свидетельство о государственной регистрации юридического лица от 18.06.2014 г. № 1147604011026, регистрирующий орган: Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы №5 по Ярославской области; именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице директора Ставера Евгения Васильевича, действующего на основании Устава с другой стороны, вместе также именуемые "Стороны", заключили настоящее Дополнительное соглашение в соответствии с Договором на оказание медицинских услуг от " ____ " _____ г. о нижеследующем:

1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинскую услугу: _____ (далее по тексту – медицинская услуга).
2. Медицинская услуга оказывается в срок: _____
3. Медицинская услуга оказывается амбулаторно.
4. Стоимость медицинской услуги составляет, руб.: _____
5. В остальном, что не предусмотрено настоящим Дополнительным соглашением, Стороны руководствуются Договором на оказание платных медицинских услуг от " ____ " _____ г.
6. Настоящее Дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.
7. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон, оба экземпляра имеют равную юридическую силу.
8. Настоящее Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора на оказание платных медицинских услуг от " ____ " _____ г.

Адреса и реквизиты сторон:

Исполнитель:

ООО "ЯФЦ "Доктор Вен"
ОГРН 1147604011026
ИНН/КПП 7604263340/760401001
Адрес: 150057, г. Ярославль,
ул. Слепнева, 37
Телефон: +7(910)973-30-20
Директор
Ставер Е.В. / _____ /
М.П.

Потребитель:

Адрес места жительства:

Телефон:

Потребитель

/ _____ /

Настоящим подтверждаю, что при заключении Дополнительного соглашения мне в доступной форме предоставлена информация о возможности получения соответствующих медицинских услуг без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи:

" ____ " _____ г.

Ф.И.О. потребителя

/ _____ /
(подпись)