

**Дополнительное соглашение к Договору на оказание медицинских услуг**

г. Ярославль

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ именуемый(ая) В  
дальнейшем "Заказчик", \_\_\_\_\_, 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 трех экземплярах, по одному для  
каждой из Сторон, все экземпляры 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

**Потребитель:**  
  
**Адрес места жительства:**  
  
**Телефон:**

**Заказчик:**  
  
**Адрес места жительства:**  
  
**Телефон:**

Директор  
Ставер Е.В. / \_\_\_\_\_ /  
М.П.

Потребитель / \_\_\_\_\_ /

Заказчик / \_\_\_\_\_ /

**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 (заказчика) (подпись)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. / \_\_\_\_\_ /  
Ф.И.О. заказчика (подпись)