

**Дополнительное соглашение № _____
к договору на оказание платных медицинских услуг**

ОБРАЗЕЦ

г. Астрахань

ООО «Реацентр Астрахань» ОГРН 1123025000933 ИНН 3025002929, лицензия №ЛО30-01 001 004, выдана 28 апреля 2014 г. Министерством здравоохранения Астраханской обл., по адресу г. Астрахань, ул. Татищева, д. 16В, тел. 8(8512)540023 (Приложение к настоящему договору), место осуществления деятельности 414028 г. Астрахань, ул. Адмирала Нахимова, 70 г, литер А, этаж 1, кабинеты №6,7,8,9,10,11,13,14,15, этаж 2, кабинеты №29,30,32,33, этаж 4 кабинет №56.

2. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы(услуги):

1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре и медицинскому массажу; сестринскому делу; функциональной диагностике; спортивной медицине;

2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии; терапии;

4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи, в амбулаторных условиях: по лечебной физкультуре и спортивной медицине; мануальной терапии; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; рефлексотерапии; травматологии и ортопедии; функциональной диагностике.

414028, г. Астрахань, ул. Адмирала Нахимова, 70 г, литер А, этаж 2, кабинет №28

2. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы(услуги): 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: физиотерапии;

4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: физиотерапии; , далее именуемое Реацентр, в лице генерального директора Ефимова Дмитрия Геннадиевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и законный представитель несовершеннолетнего пациента: _____, _____, далее именуемый Представитель, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее

дополнительное соглашение к договору № _____ от _____ о ниже следующем:

1. Предметом настоящего дополнительного соглашения является оказание медицинских услуг

№	Услуги	Кол-во сеансов	Цена 1 сеанса в рублях без НДС	Общая стоимость в рублях без НДС
1	Медицинский массаж			
2	Мануальная терапия			

2. Данные о несовершеннолетнем пациенте:

2.1. Ф.И.О.: _____ Возраст: _____

2.2. Место жительства: _____

3. Стоимость оказания медицинских услуг, указанных в п.1 настоящего дополнительного соглашения составляет на момент подписания договора _____ (_____) на основании Прейскуранта Реацентра.

4. Порядок оплаты-100% предоплата, либо посеансная предоплата.

4.1. По желанию Представителя пациента, стоимость оказанных Реацентром услуг может быть оплачена самим Представителем, страховой компанией Пациента, третьим юридическим или физическим лицом на основании документа, выписанного Реацентром.

4.2. Оплата медицинских услуг осуществляется денежными средствами, путём внесения на расчётный счёт или в кассу Реацентра, или подарочными сертификатами

4.3. Оказание услуг осуществляется только после поступления денежных средств на расчётный счет или в кассу Реацентра.

4.4. При оплате медицинских услуг подарочными сертификатами, представитель пациента с правилами приобретения и использования подарочного сертификата ознакомлен.

5. Во всем, что не предусмотрено настоящим Дополнительным соглашением, действуют положения Договора возмездного оказания услуг № _____ от _____ г.

6. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с _____ и действует 1 месяц.

7. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах на русском языке, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

Подписи сторон:

Реацентр: ООО «Реацентр Астрахань» ИНН/КПП 3025002929 /302501001, ОГРН 1123025000933

адрес: 414028 г. Астрахань, ул. Адм. Нахимова 70 г, литер А

р/с 40702810805000000797 Отделение № 8625 Сбербанка России г.Астрахань к/с 30101810500000000602, БИК 041203602,

телефон: (8512) 242-777; 242-888

«Представитель»: _____, паспортные данные: номер _____, серия _____, выдан _____, дата выдачи _____, адрес: _____.

ООО «Реацентр Астрахань»:

_____/Ефимов Д.Г./

Представитель пациента:

_____/_____/_____