**Дополнительное соглашение к договору на оказание платных медицинских услуг**

№ \_\_\_\_ от«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

г. Сафоново «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

 Медицинское учреждение областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная больница медицинской реабилитации», в лице главного врача Самсонова Николая Алексеевича, действующего на основании Устава, утвержденного Распоряжением Администрации Смоленской области от 28.01.2004 № 79-р/адм, лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-67-01-000928 от 29.04.2015г, выданной Департаментом Смоленской области по здравоохранению, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель»**, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. физического лица, наименование юридического лица)

именуемый в дальнейшем **Потребитель (Заказчик),** действующий на основании\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (указать уставные документы либо паспортные данные)

действующий в интересах потребителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. потребителя услуги)

 с другой стороны, заключили настоящее дополнительное соглашение к договору на оказание платных медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ о нижеследующем:

1. Учреждение оказывает Потребителю следующие дополнительные платные медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** **п/п**  | **Наименование (виды) медицинской услуги**  | **Количество**  | **Цена**  | **Сумма**  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**ИТОГО:**

Стоимость дополнительных платных медицинских услуг составляет \_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) руб. \_\_\_\_\_\_ коп.

**Потребитель (Заказчик) Исполнитель**

ОГБУЗ «Областная больница

 медицинской реабилитации»

\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Гл. врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Н.А. Самсонов

(подпись)

М.П. М.П.