**Дополнительное соглашение  
к договору о предоставлении платных**

**медицинских услуг от \_\_\_.\_\_\_.20\_\_\_ № \_\_**

г. Уфа « » 202\_ года

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника № 5 города Уфа (ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника №5 г. Уфа), 450073, Уфа, Октябрьский район, улица Юрия Гагарина, д.20, ОГРН 1030204209606; ИНН 0276015759, Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 02 № 003781330 от 29.01.2003 года, данные внесены Инспекцией МНС России по Октябрьскому району г. Уфы РБ; Лицензия № Л041-01170-02/00351448, на оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии; рентгенологии; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; по экспертизе временной нетрудоспособности; выдана Министерством здравоохранения Республики Башкортостан 20.02.2015 года, срок действия бессрочно, в лице заместителя главного врача по медицинской части Яркеевой Э.Р., действующей на основании доверенности № 2 от 09.01.2025 года, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и

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

(ФИО Потребителя, дата рождения)

анонимно (данные вносятся со слов Заказчика/Потребителя) (подчеркнуть)

Представитель Потребителя

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

(ФИО / наименование организации)

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик/Потребитель», с другой стороны, далее совместно именуемые «Стороны», заключили дополнительное соглашение об оказании Заказчика/Потребителя дополнительных медицинских услуг:

1. Стороны договорились:

Перечень, наименование, количество, цена, стоимость и срок оказания медицинских услуг, предоставляемых Заказчику/Потребителю соответствует Прейскуранту Исполнителя, действующем на дату составления настоящего соглашения

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код услуги | № | Наименование работ | Количество | Дата исполнения | Стоимость | Сумма | Гарантия |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Всего: | | | | |  |  |  |

2. В остальном, что не оговорено настоящим Соглашением, стороны руководствуются положениями Договора.

3. Настоящее соглашение является неотъемлемой частью Договора, вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами.

4. Настоящее Соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника № 5 г. Уфа, Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 02 № 003781330 от 29.01.2003 года, данные внесены Инспекцией МНС России по Октябрьскому району г. Уфы Республики Башкортостан,  450073, РБ г. Уфа. ул. Юрия Гагарина, 20  тел.8(347) 2-36-34-20  ИНН 0276015759, КПП 027601001, ОГРН 1030204209606, Отделение - НБ Республики Башкортостан/УФК по Республике Башкортостан  БИК ТОФК 018073401  Расч. счет 03224643800000000100  ЕКС 40102810045370000067  л/счет: 20112042300  ОКТМО 80701000001  Заместитель главного врача по медицинской части  Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Яркеева Э. Р.  Лечащий врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  М.П. | **Заказчик/Потребитель**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (ФИО Потребителя, дата рождения)  анонимно (данные вносятся со слов Заказчика/Потребителя) (подчеркнуть)  Представитель Потребителя  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО/ наименование организации  С условиями Договора на оказание платных медицинских услуг, информированного согласия ознакомлен(а) и согласен(а)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись, дата)  Адрес:  Иные адреса:  Документ, удостоверяющий личность:  Телефон:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись, дата) |