

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
К ДОГОВОРУ ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____
от « _____ » _____ 202__ г.

Медицинская организация «Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Городская детская клиническая поликлиника № 5», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице заведующей отделением по оказанию платных услуг Тихоновец Елена Романовны, действующей на основании доверенности №1 от 05.05.2023 года, с одной стороны, и гражданин (ка) _____, именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель» (пациент), с другой стороны, заключили настоящее Дополнительное соглашение к Договору возмездного оказания медицинских услуг (далее - Договор от « _____ » _____ 202__ г. о нижеследующем:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Городская детская клиническая поликлиника № 5» оказывает Потребителю (Пациенту) возмездные медицинские услуги на следующих условиях:

№ п/п	Код услуги	Наименование медицинской услуги	Кол-во	Цена (руб)	Общая стоимость (руб)
ИТОГО:					

1. Общая стоимость медицинских услуг по настоящему Дополнительному соглашению составляет: _____ / _____ (прописью)
2. После обследования и консультации с врачом мне понятны предлагаемые медицинские услуги, объем (количество) лечения и их стоимость.
3. Оплата за выполненные медицинские услуги производится в день оказания такой услуги на основании действующего Прейскуранта Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Пермского края «Городская детская клиническая поликлиника № 5».
4. Стороны согласны, что общая стоимость платных медицинских услуг в рамках настоящего Дополнительного соглашения может увеличиваться в процессе оказания таких услуг, в связи с увеличением их объёма, сложности и/или сроков оказания. В указанных случаях Пациент обязуется произвести доплату в течение 2 (двух) рабочих дней с момента оказания услуг.
5. Условия Договора, не затронутые настоящим Дополнительным соглашением к Договору, остаются в редакции, изложенной в тексте Договора.
6. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон и является неотъемлемой частью Договора.

Подписи сторон:
ИСПОЛНИТЕЛЬ

Заведующий отделением по оказанию платных услуг Тихоновец Елена Романовна

ПОТРЕБИТЕЛЬ

(фамилия, имя отчество(если имеется))