**Дополнительное соглашение от {ДатаПриёма}**

**к Договору на оказание платных медицинских услуг {НомерОсновногоДоговора} от {ДатаОсновногоДоговора}**

г. Москва

**Пациент (Потребитель):** {ФИОПациента}

(ФИО физического лица)

Дата рождения: {ДатаРожденияПациента}, ИНН: {ИННПациента}, Паспорт: {ПаспортныеДанныеПациента}

Телефон: {ТелефонПациента}, e-mail: {ЕмаилПациента}.

**Заказчик/Законный представитель Пациента (Потребителя**):{ФИОЗП}

(ФИО физического лица Заказчика/Законного представителя Пациента (Потребителя))

Дата рождения:{ДатаРожденияЗП}, ИНН:{ИННЗП}, Паспорт:{ПаспортныеДанныеЗП}, Телефон: {ТелефонЗП}, e-mail: {ЕмаилЗП}.

и **Общество с ограниченной ответственностью «Центр эстетической стоматологии на Чистых прудах»**, в лице обособленного подразделения **{НазваниеСтруктурнойЕдиницы}** ИНН 7701247224, ОГРН 1027739630324, действующее на основании Лицензии №Л041-01137-77/00367878 от 06.07.2015г на осуществление медицинской деятельности по адресу: {АдресСтруктурнойЕдиницы}, именуемое в дальнейшем **ИСПОЛНИТЕЛЬ**, в лице Администратора-кассира {АвторДокумента}, на основании доверенности от 28.10.2023г. заключили Дополнительное соглашение к Договору на оказание платных медицинских услуг о следующем:

1. Исполнитель, в лице врача {Врач}, оказывает Потребителю следующие платные медицинские услуги на следующих условиях:

{ТаблицаЛечения}

1. Общая стоимость услуг оказываемых по настоящему Дополнительному соглашению составит: {СуммаПриёма} {СуммаПриёмаПрописью}
2. Порядок и сроки оплаты осуществляются на основании Договора на оказание платных медицинских услуг, либо
3. на следующих условях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Гарантийный срок по предоставляемым услугам составит\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

Общество с ограниченной ответственностью «Центр эстетической стоматологии на Чистых прудах», в лице обособленного подразделения {НазваниеСтруктурнойЕдиницы}

{АдресСтруктурнойЕдиницы}

ОГРН :1027739630324 ИНН/КПП 7701247224/770101001

р/с 40702810738090107460 в ПАО Сбербанк г. Москва БИК 044525225 , корр/счет 30101810400000000225

{ТелефонСтруктурнойЕдиницы}

Лицензии №Л041-01137-77/00367878 от 06.07.2015г. выдана Департаментом здравоохранения г. Москвы

**Администратор-кассир:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /{АвторДокумента}/

(подпись) (МП)

**ПАЦИЕНТ:**

ФИО: {ФИОПациента}

Дата рождения: {ДатаРожденияПациента}, ИНН: {ИННПациента}

Паспорт: {ПаспортныеДанныеПациента}

Адрес регистрации: {АдресПациента}

Телефон: {ТелефонПациента}

E-mail: {ЕмаилПациента}

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /{ФИОПациента}/

(подпись)

**ЗАКАЗЧИК/ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА (ПОТРЕБИТЕЛЯ):**

ФИО:{ФИОЗП}

Дата рождения:{ДатаРожденияЗП}, ИНН:{ИННЗП}

Паспорт:{ПаспортныеДанныеЗП}

Телефон:{ТелефонЗП}

E-mail:{ЕмаилЗП}

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/{ФИОЗП}/

(подпись)