

**Дополнительное соглашение к
Договору на оказание платных медицинских услуг {НомерДоговора} от {ДатаДоговора}**

г. Москва

{ДатаПриёма}

Пациент (Потребитель) {ФИОПациента}

Дата рождения: {ДатаРожденияПациента},
ИНН {ИННПациента}; СНИЛС {СНИЛСПациента}
{ПаспортныеДанныеПациента}/ {СвидетельствоОРожденииПациента}
Телефон: {ТелефонПациента}; e-mail: {EmailПациента},

Представитель Пациента (в т.ч. законный представитель): ФИО представителя пациента: {ФИОЗП}

ИНН: {ИННЗП}; СНИЛС: {СНИЛСЗП}
Паспортные данные представителя: {ПаспортныеДанныеЗП}
Телефон представителя: {ТелефонЗП}; e-mail: {EmailЗП}

Документ, подтверждающий полномочия представителя: (данные документа, подтверждающего полномочие законного представителя потребителя или полномочие лица, заключающего договор от имени потребителя, на заключение договора, в т.ч. доверенности, свидетельства о рождении): {СвидетельствоОРожденииПациента}

и **Общество с ограниченной ответственностью «Центр Стоматологической Имплантологии»**, 107078, г. Москва, ул. Садовая-Спасская, д. 19, к. 1, антресоль 1, пом. III - ком.1, 3-11, в лице обособленного подразделения **{НазваниеСтруктурнойЕдиницы}** ИНН 9729287823, ОГРН 1197746510862, действующее на основании Лицензии № № Л041-01137-77/00361966 от 16.06.2020г на осуществление медицинской деятельности по адресу: {АдресСтруктурнойЕдиницы}, именуемое в дальнейшем **ИСПОЛНИТЕЛЬ**, в лице администратора-кассира {ФИОАвтораДокумента}, действующей на основании доверенности {НомерАвтораДокумента} от {ДатаВыдачиАвтораДокумента},

заключили Дополнительное соглашение к Договору на оказание платных медицинских услуг по о следующем:

1. В соответствии с пунктом 2.2. Договора на оказание платных медицинских услуг, Исполнитель оказывает Потребителю следующие платные медицинские услуги на следующих условиях:

{ТаблицаОказанныхУслуг}

2. Общая стоимость услуг, оказываемых по настоящему Дополнительному соглашению, составит: {СуммаПриёма} {СуммаПриёмаПрописью}
3. Услуги, указанные в настоящем Дополнительном соглашении, оказываются в день его подписания, если Сторонами не согласован иной срок в Предварительном плане лечения. Срок оказания услуг продлевается соразмерно периоду действия обстоятельств, возникших по не зависящим от Исполнителя причинам: неявки Пациента на согласованный приём, невыполнения назначений лечащего врача, изменения состояния здоровья, выявления медицинских противопоказаний. (раздел 4).

ИСПОЛНИТЕЛЬ: Общество с ограниченной ответственностью «Центр Стоматологической Имплантологии» 107078, г. Москва, ул. Садовая-Спасская, д. 19, к. 1, антресоль 1, пом. III - ком.1, 3-11, в лице обособленного подразделения {НазваниеСтруктурнойЕдиницы} {АдресСтруктурнойЕдиницы} ОГРН: 1197746510862; ИНН/КПП 9729287823/770545001 р/с 40702810738000248089 в ПАО Сбербанк г. Москва БИК 044525225; корр/счет 30101810400000000225 {ТелефонСтруктурнойЕдиницы} Лицензии № № Л041-01137-77/00361966 от 16.06.2020г. выдана Департаментом здравоохранения г. Москвы Интернет-сайт: www.impl.ru; эл. почта: ces@impl.ru Администратор-кассир: _____ {ФИОАвтораДокумента}	ПАЦИЕНТ: ФИО пациента: {ФИОПациента} Дата рождения: {ДатаРожденияПациента} ИНН {ИННПациента} СНИЛС {СНИЛСПациента} Паспортные данные: {ПаспортныеДанныеПациента} {СвидетельствоОРожденииПациента} Адрес регистрации: {АдресРегистрацииПациента} Контактный номер телефона: {ТелефонПациента} e-mail: {EmailПациента} ☒ _____ / _____ (подпись) (расшифровка подписи)
---	--

МП

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА (в т.ч. законный представитель):

ФИО представителя пациента: {ФИОЗП}
Адрес регистрации представителя: {АдресРегистрацииЗП}
Телефон представителя: {ТелефонЗП}; e-mail: {EmailЗП}
Паспортные данные представителя: {ПаспортныеДанныеЗП}
ИНН: {ИННЗП}; СНИЛС: {СНИЛСЗП}

☒ _____ / _____
(подпись) (расшифровка подписи)