**Дополнительное соглашение {НомерДоговора} от {ДатаДоговора}к**

**Договору на оказание платных медицинских услуг**

г. Москва {ДатаПриёма}

**Пациент** (Потребитель) {ФИОПациента}

(ФИО физического лица)

Дата рождения: {ДатаРожденияПациента}, ИНН {ИННПациента}

{ПаспортныеДанныеПациента}

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

**Законный представитель Пациента** (Потребителя) {ФИОЗП} , {ДатаРожденияЗП},

{ПаспортныеДанныеЗП}{ИННЗП}

{ТелефонЗП}, {ЕмаилЗП}

и **Общество с ограниченной ответственностью «Центр Стоматологической Имплантологии»**, 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 {КассирОрганизации}, действующей на основании доверенности от «09» января 2023г.

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

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

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

**Общество с ограниченной ответственностью «Центр Стоматологической Имплантологии»**, 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

Администратор- Кассир

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ {КассирОрганизации}

(МП)

**ПАЦИЕНТ:**

**{ФИОПациента}**

{ДатаРожденияПациента}, ИНН {ИННПациента}

{ПаспортныеДанныеПациента}

{АдресПациента}

**{**ТелефонПациента} , {ЕмаилПациента}

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**{ФИОПациента}

**Законный представитель Пациента** (Потребителя)

{ФИОЗП} , {ДатаРожденияЗП},{ИННЗП}

{ПаспортныеДанныеЗП}

{ТелефонЗП}, {ЕмаилЗП}

{АдресЗП}

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