

Дополнительное соглашение № _____

к договору № _____ от «__» _____ 20__ г.
на оказание платных медицинских услуг в стационарных условиях

г. Москва

«__» _____ 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦК им. ак. Е.И. Чазова» Минздрава России), именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице заместителя начальника отдела по развитию внебюджетной деятельности Маликовой Оксаны Витальевны, действующей на основании доверенности № 39 от 07.08.2023 г., с одной стороны, и _____, паспорт серия: _____ номер: _____ выдан: _____, адрес регистрации по месту жительства _____; адрес фактического проживания (при наличии) _____, именуемый в дальнейшем «**Пациент**», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящее дополнительное соглашение (далее – Соглашение) к договору на оказание платных медицинских услуг в стационарных условиях № _____ от «__» _____ 20__ г. (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Стороны согласовали необходимость оказания Пациенту следующих платных медицинских услуг, соответствующих пункту 4.4 Договора:

Таблица с реестром услуг

2. Пациент обязуется оплатить подлежащие оказанию в соответствии с пунктом 1 настоящего Соглашения Услуги до момента их фактического оказания.
3. Настоящим Пациент подтверждает, что в полном объеме получил необходимую информацию об объеме подлежащих оказанию услуг и согласен с перечнем, количеством и стоимостью оказываемых Исполнителем услуг.
4. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Соглашением, действуют условия Договора.
5. Настоящее Соглашение вступает в силу с момента подписания Сторонами и является неотъемлемой частью Договора.
6. Настоящее Соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

7. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:
ФГБУ «НМИЦК им. ак. Е.И. Чазова»
Минздрава России

Заместитель начальника отдела по
развитию внебюджетной деятельности

_____/ О.В. Маликова /
М.п.

Пациент:

ФИО

_____/_____/_____/