|  |  |
| --- | --- |
|  | **ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ** |
|  | на предоставление платных медицинских услуг |
|  | к Договору № от |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Общество с ограниченной ответственностью "Здоровье нации" (https://zn48.ru), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 48 № 001589143, выдано ИФНС России по Левобережному району г.Липецка. ОГРН 1124823010290 от 27.06.2012 г., имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № Л041-01195-48/00319145 от 19.02.2018 на медицинскую деятельность при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре; медицинскому массажу; сестринскому делу; физиотерапии. При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу; сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: мануальной терапии; неврологии; остеопатии, выданной управлением здравоохранения Липецкой области (398050, г.Липецк, ул.Зегеля, д.6, тел. (4742) 23-80-02, 57-11-28) бессрочно, в лице Директора Лахиной Ирины Владимировны, действующего на основании Устава, и , далее именуемый «Заказчик», , ( ), далее именуемый «Потребитель» (если иное не указано, то Потребитель является Заказчиком), с другой стороны заключили настоящий договор о нижеследующем: | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. Предметом Дополнительного Соглашения является предоставление платных медицинских услуг, согласно действующему в настоящий момент Прейскуранту Исполнителя. | | | | | | | | | | | |
|  | 2. Дополнительные платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта оказания медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающим объем выполняемого стандарта оказания медицинской помощи. | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | В стоимость предоставляемых медицинских услуг Потребителю входит: | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **№ п.п** | **Код медицинской услуги (Приказ от 13 октября 2017 г. N 804н)** | **Наименование услуги** | | | **Количество услуг** | | **Срок оказания (ожидания) мед.услуги** | | **Стоимость услуги, руб.** | | **Общая стоимость, руб** |
|  | 1 |  |  | | |  | |  | |  | | 500 |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Всего к оплате:** | | | | | | | | | | | |
|  | ( рублей 00 копеек). | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Потребитель (Заказчик) согласен, что вышеперечисленные услуги оказываются индивидуально, затраты несут фактический исключительный характер, расходные материалы, изготовленные по индивидуальным параметрам, возврату и обмену не подлежат. | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Подтверждаю, что кассовый чек, Памятка пациента, График приема лекарственных средств мною получены на руки. | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Исполнитель:** | | | **Потребитель:** | | | | **Заказчик:** | | | | |
|  | Общество с ограниченной ответственностью "Здоровье нации"  ИНН 4826083015/ КПП 482601001  ОГРН 1124823010290, зарегистрированное ИФНС России по Левобережному району г. Липецка 27 июня 2012 г.  Юридический адрес: 398059, г.Липецк, ул.Фрунзе, д.14, помещение №3  Фактический адрес: 398059, г.Липецк, ул.Фрунзе, д.14, помещение №3  р/с 40702810914210001651 в Филиал "ЦЕНТРАЛЬНЫЙ" Банка ВТБ ПАО г. Москва Г. МОСКВА  к/с 30101810145250000411  БИК 044206706  почта info@zdorovie48.ru  Телефон 227-887 | | | ФИО:  Паспорт: серия номер  выдан  Адрес места жительства:  Телефон:  Электронная почта:  Договор прочитан мною лично, условия мне разъяснены и понятны | | | | ФИО:  Паспорт: серия номер  выдан  Адрес места жительства:  Телефон:  Электронная почта:  Договор прочитан мною лично, условия мне разъяснены и понятны | | | | |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Директор | Лахина Ирина Владимировна | | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_✔ | | | | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_✔ | | | | |
|  |  | М.П. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |