ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № _____
К ДОГОВОРУ ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
№ _____ от «___» _____ 201…г.

г. Пермь «_____» _____ 201..г.

Медицинская организация **ГБУЗ ПК «Краевая детская клиническая больница»**, именуемая в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице Начальника отдела маркетинга Ощепковой Ирины Геннадьевны, действующего на основании доверенности с одной стороны, и _____, именуемый (ая) в дальнейшем **«Заказчик»**, с другой стороны, заключили настоящее Дополнительное соглашение к Договору в пользу _____, именуемого (ой) в дальнейшем **«Потребитель»**, о следующем.

1. Исполнитель оказывает Потребителю следующие платные медицинские услуги :

№	Перечень платных медицинских услуг	Объем работ и услуг	Сроки оказания	Стоимость

2. Общая стоимость оказываемых по настоящему Дополнительному соглашению услуг составляет _____ (_____) рублей _____ копеек. Без НДС.

3. Порядок и сроки оплаты (*указать «по Договору», либо прописать иной порядок и сроки*): _____

4. Дополнительное соглашение составлено в ___ экземплярах, по одному экземпляру для каждой из сторон, вступает в силу с момента подписания и действует до исполнения сторонами обязательств по нему в рамках срока действия Договора.

5. Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора.

6. Подписи сторон:

Исполнитель:
ГБУЗ ПК «КДКБ»
Юридический адрес: 614066, г. Пермь, ул.Баумана,22
тел./факс (342)221-65-35,221-92-71(ф),221-77-71(ф)
ОГРН 1155958128897
ИНН/КПП 5905038698/590501001
Банковские реквизиты:
Наименование банка: Отделение Пермь
БИК 045773001
Министерство финансов Пермского края
(ГБУЗ ПК «КДКБ», л/с 208200446)
р/с 40601810657733000001

Подпись Исполнителя: _____

Заказчик (Законный представитель **Потребителя**):
_____

Паспорт: серия _____номер _____
Выдан _____
_____
_____
Адрес: _____
_____
_____
ИНН_____

Подпись Заказчика:_____