

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
к договору на предоставление медицинских услуг
от «_____» _____ 20__ г.

г. Москва
г.

«_____» _____ 20__

ООО «Верона» (117437, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 104, эт.1, пом. СХС, ком.22; ОГРН 1097746528220, ИНН 7716648010, КПП 772801001, Р/с 40702810602300007229 в АО «АЛЬФА-БАНК», г. Москва, Кор/сч. 30101810200000000593, БИК 044525593), именуемое в дальнейшем «**ИСПОЛНИТЕЛЬ**», в лице Генерального директора Мостового Ильи Александровича, действующего на основании Устава с одной стороны, и _____, именуемый (ая) в дальнейшем «**ПАЦИЕНТ**», с другой стороны, совместно именуемые «**СТОРОНЫ**», заключили настоящее соглашение о нижеследующем:

1. «ИСПОЛНИТЕЛЬ» обязуется предоставить «ПАЦИЕНТУ» следующие медицинские услуги, а «ПАЦИЕНТ» оплатить их после предоставления «ИСПОЛНИТЕЛЕМ»:

| Номенклатура медицинских услуг | Наименование услуги | Стоимость (руб.) | Сроки оказания услуги |
|--------------------------------|---------------------|-------------------------|-----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | Скидка (%): | Общая стоимость (руб.): | |

Подпись «ПАЦИЕНТА»: _____ (_____)

2. «ИСПОЛНИТЕЛЬ» обязуется предоставить «ПАЦИЕНТУ» следующие дополнительные медицинские услуги в рамках текущего приёма, а «ПАЦИЕНТ» оплатить их после предоставления «ИСПОЛНИТЕЛЕМ»:

| Номенклатура медицинских услуг | Наименование услуги | Стоимость (руб.) | Сроки оказания услуги |
|--------------------------------|---------------------|-------------------------|-----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | Скидка (%): | Общая стоимость (руб.): | |

Подпись «ПАЦИЕНТА»: _____ (_____)

3. «ПАЦИЕНТ» согласен с тем, что медицинские услуги, указанные в п. 1 и п. 2 настоящего дополнительного соглашения предоставлены «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» в полном объёме.

«ИСПОЛНИТЕЛЬ»

«ПАЦИЕНТ»

ООО «Верона»

ФИО: _____

Подпись: _____

Подпись: _____