ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № _____
к договору об оказании платных медицинских услуг
№ _____ от «___» _____ 20___ г.

Новосибирская область, г. Бердск «___» _____ 20___ г.

Общество с ограниченной ответственностью «МЕДСТАЙЛ», ОГРН 1245400027905, ИНН 5473016616, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01125-54/01644129 от 19.12.2024, выдана Министерством здравоохранения Новосибирской области, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Айвазян Марине Мовсесовны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и

_____, паспорт: серия _____ № _____, выдан _____, адрес места жительства: _____, телефон: _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, и

_____, дата рождения: «___» _____ ____ г., паспорт / свидетельство о рождении: _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель (Пациент)», совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем.

В случае если Заказчик и Потребитель (Пациент) являются одним лицом, сведения о Заказчике повторно не заполняются, а по тексту настоящего соглашения применяется обозначение «Потребитель (Пациент)».

1. ПРЕДМЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СОГЛАШЕНИЯ

1.1. В связи с медицинскими показаниями, волеизъявлением Потребителя (Пациента), стороны согласовали оказание на возмездной основе дополнительных платных медицинских услуг, не включенных ранее в перечень услуг по основному договору.

1.2. Перечень, количество, стоимость и срок оказания дополнительных платных медицинских услуг:

№	Код услуги	Наименование платной медицинской услуги	Кол-во	Цена, руб.	Сумма, руб.	Срок / дата оказания
1						
2						
3						
4						

1.3. Общая стоимость дополнительных платных медицинских услуг составляет _____ (_____) рублей ____ копеек.

1.4. Услуги, не указанные в пункте 1.2 настоящего соглашения, не считаются согласованными и не подлежат оказанию за плату без отдельного предварительного письменного согласования Сторон, если необходимость их оказания не обусловлена оказанием медицинской помощи в экстренной форме.

1.5. Дополнительные платные медицинские услуги оказываются в пределах работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с действующей лицензией.

2. СТОИМОСТЬ, СМЕТА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость каждой услуги и общая стоимость определены в пункте 1.2 настоящего соглашения на основании прейскуранта Исполнителя, действующего на дату подписания настоящего соглашения.

2.2. Порядок оплаты (отметить применимый вариант):

[ ] полная предварительная оплата в размере _____ рублей до «___» _____ 20___ г.;

[ ] частичная предварительная оплата (аванс) в размере _____ рублей до «___» _____ 20___ г., оставшаяся сумма оплачивается _____;

[ ] оплата после оказания услуги не позднее _____;

[ ] иной согласованный порядок: _____.

2.3. Оплата производится наличными денежными средствами в кассу Исполнителя и (или) в безналичной форме по реквизитам Исполнителя либо иным способом, предусмотренным законодательством Российской Федерации и основным договором. Плательщику выдается документ, подтверждающий расчет.

2.4. По настоящему соглашению составлена (отметить применимый вариант): [ ] твердая смета; [ ] приблизительная смета; [ ] смета не составлялась, поскольку ни одна из Сторон не потребовала ее составления. При наличии смета является неотъемлемой частью настоящего соглашения.

2.5. Исполнитель не вправе в одностороннем порядке увеличить согласованную стоимость услуг. Изменение перечня, объема или стоимости услуг оформляется новым письменным соглашением Сторон.

3. СРОКИ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

3.1. Дополнительные платные медицинские услуги оказываются в сроки, указанные в пункте 1.2 настоящего соглашения, по предварительной записи и с учетом медицинских показаний.

3.2. Изменение даты или времени оказания услуги допускается по соглашению Сторон, по медицинским показаниям, при временной нетрудоспособности медицинского работника либо при возникновении иных обстоятельств, препятствующих безопасному оказанию услуги. О переносе Исполнитель уведомляет Потребителя (Пациента) и (или) Заказчика способом, указанным в основном договоре.

3.3. Невыполнение Потребителем (Пациентом) назначений и рекомендаций медицинского работника, в том числе режима лечения, может снизить качество услуги, повлечь невозможность ее завершения в согласованный срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

4. ИНФОРМИРОВАНИЕ И СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

4.1. До подписания настоящего соглашения Потребителю (Пациенту) в доступной форме разъяснены цель, характер, методы, предполагаемый результат, возможные риски и последствия дополнительных медицинских услуг, а также возможные последствия отказа от них.

4.2. Настоящее соглашение подтверждает согласование Сторонами возмездного оказания конкретных медицинских услуг и их стоимости, но не заменяет информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Информированное добровольное согласие оформляется отдельно до вмешательства в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

4.3. Потребитель (Пациент) вправе отказаться от отдельных дополнительных услуг либо от исполнения договора в целом. При отказе оплачиваются фактически оказанные услуги и документально подтвержденные расходы Исполнителя, непосредственно связанные с исполнением обязательств по договору.

4.4. Медицинская помощь в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни Потребителя (Пациента), оказывается без взимания платы с Потребителя (Пациента) и Заказчика в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА И ПЕРЕДАЧА ДОКУМЕНТОВ

5.1. Оплата услуг Заказчиком, не являющимся Потребителем (Пациентом), сама по себе не предоставляет Заказчику право получать сведения о факте обращения Потребителя (Пациента), состоянии его здоровья, диагнозе, результатах обследования и лечения.

5.2. Медицинская информация и медицинские документы могут быть предоставлены Заказчику только при наличии письменного согласия Потребителя (Пациента), его законного представителя либо в иных случаях, прямо предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.3. После оказания услуг Потребителю (Пациенту) или его законному представителю выдаются медицинские документы либо выписки из них в порядке, предусмотренном основным договором и законодательством Российской Федерации, без взимания дополнительной платы.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Настоящее соглашение является неотъемлемой частью договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от «___» _____ 20___ г. и вступает в силу с даты его подписания всеми необходимыми Сторонами.

6.2. В остальной части условия основного договора, не измененные настоящим соглашением, сохраняют силу.

6.3. Настоящее соглашение составлено в количестве экземпляров, соответствующем количеству Сторон, имеющих одинаковую юридическую силу. Каждая Сторона получает один экземпляр.

6.4. Неотъемлемыми приложениями к настоящему соглашению при их наличии являются: уведомление о необходимости дополнительных платных медицинских услуг; твердая или приблизительная смета; информированное добровольное согласие; иные документы, прямо указанные Сторонами.

7. ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СТОРОН

7.1. Потребитель (Пациент) подтверждает, что до подписания настоящего соглашения получил полную и понятную информацию о дополнительных услугах, их стоимости, сроках, порядке оплаты и возможных последствиях отказа.

7.2. Заказчик подтверждает согласие оплатить дополнительные услуги в согласованном размере и порядке.

7.3. Подписанием настоящего соглашения Стороны подтверждают добровольность волеизъявления и отсутствие навязывания дополнительных платных медицинских услуг.

8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ ООО «МЕДСТАЙЛ» Адрес: Новосибирская область, г. Бердск, ул. М. Горького, д. 4 ОГРН 1245400027905 ИНН 5473016616, КПП 547301001 _____ /_____/ подпись Ф.И.О. М.П. (при наличии)	ЗАКАЗЧИК Ф.И.О.: _____ _____ Телефон: _____ Адрес: _____ _____ /_____/ подпись Ф.И.О. Экземпляр соглашения получил(а): _____ /_____/

ПОТРЕБИТЕЛЬ (ПАЦИЕНТ) / ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

Ф.И.О. Потребителя (Пациента): _____

Ф.И.О. законного представителя (при наличии): _____

Документ, подтверждающий полномочия: _____

Телефон: _____

_____ /_____/ «___» _____ 20___ г.
подпись Ф.И.О.

Экземпляр соглашения получил(а): _____ /_____/