

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № _____
(Спецификация медицинских услуг / Смета)
к Договору возмездного оказания медицинских услуг № _____ от _____

г. Ульяновск _____

Общество с ограниченной ответственностью «МАКСИДЕНТ» (ОГРН 1117327003298, ИНН 7327061029, КПП 732701001), адрес места нахождения: 432017, Ульяновская область, г. Ульяновск, ул. Гончарова, д. 36, пом. 15, пом. 7-9, 11, 13-18, 20-23, 46 (лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01188-73/00342441 от 14.12.2018 г., выдана Министерством здравоохранения Ульяновской области, действует бессрочно), в лице директора Карапетян Мануш Александровны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и

Гражданин(ка) РФ _____, _____ г.р., именуемый(ая) в дальнейшем «ПАЦИЕНТ», и Заказчик по Договору (законный представитель или плательщик — если не совпадает с Пациентом): _____, именуемый(ая) в дальнейшем «ЗАКАЗЧИК»,

совместно именуемые «СТОРОНЫ», заключили настоящее Дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. «ИСПОЛНИТЕЛЬ» обязуется предоставить «ПАЦИЕНТУ», а «ЗАКАЗЧИК» (или «ПАЦИЕНТ») обязуется оплатить медицинские услуги (включая согласованные до начала приема и/или дополнительно назначенные специалистом по медицинским показаниям в ходе приема) согласно следующему Перечню (Спецификации/Смете):

№ п/п	Код услуги (по Номенклатуре Минздрава РФ)	Наименование медицинской услуги / процедуры / манипуляции	Кол-во	Сроки оказания / дата приема	Стоимость (руб.)
1					
2					
3					
4					
5					
ИТОГО:				Скидка (% / руб.):	
ВСЕГО К ОПЛАТЕ:					_____ руб.

(Сумма прописью: _____ рублей ____ копеек)

2. Настоящее Дополнительное соглашение является согласованной Сметой (Планом лечения / Спецификацией) в соответствии с п. 25 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 № 659) и выступает неотъемлемой частью Договора возмездного оказания медицинских услуг № _____ от _____

3. Подписание настоящего Дополнительного соглашения подтверждает добровольное согласие «ЗАКАЗЧИКА» и «ПАЦИЕНТА» с согласованным перечнем, номенклатурными кодами, объемом, сроками и итоговой стоимостью медицинских услуг.

4. Оплата медицинских услуг, указанных в п. 1 настоящего Дополнительного соглашения, осуществляется в порядке, сроки и на условиях, установленных основным Договором (непосредственно после оказания услуг либо в порядке предварительной оплаты/аванса для курсовых программ и сложных манипуляций).

5. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в экземплярах, имеющих равную юридическую силу (по одному для каждой из подписавших его Сторон). Стороны признают юридическую силу настоящего документа, подписанного простой электронной подписью Заказчика (Пациента) через сервис электронного подписания в порядке раздела 8 Договора, усиленной квалифицированной электронной подписью, а также с использованием факсимильного воспроизведения подписи (п. 2 ст. 160 ГК РФ). Электронный документ равнозначен документу на бумажном носителе, подписанному собственноручно; при подписании в электронной форме бумажные экземпляры не составляются.

ПОДПИСИ СТОРОН:

ИСПОЛНИТЕЛЬ: ООО «МАКСИДЕНТ» Адрес места нахождения: 432017, Ульяновская область, г. Ульяновск, ул. Гончарова, д. 36, пом. 15, пом. 7-9, 11, 13-18, 20-23, 46 Адрес места оказания услуг: 432017, г. Ульяновск, ул. Гончарова, д. 36 (2 этаж) ОГРН 1117327003298, ИНН 7327061029, КПП 732701001 Лицензия № Л041-01188-73/00342441 от 14.12.2018 г., выдана Министерством здравоохранения Ульяновской области, действует бессрочно Банковские реквизиты: р/с 40702810269000011005 в Ульяновском отделении № 8588 ПАО Сбербанк, к/с 30101810000000000602, БИК 047308602 Тел.: +7 (8422) 50-68-47, +7 (969) 777-49-43 E-mail: maxident73@mail.ru; сайт: maxident73.com Директор _____ / Карапетян М.А. /	ЗАКАЗЧИК: (заполняется, если Заказчик не совпадает с Пациентом) Ф.И.О.: _____ Паспорт: _____, выдан _____, _____ Адрес: _____ Телефон: _____ Подпись Заказчика: _____ / _____ /	ПАЦИЕНТ: Ф.И.О.: _____ Дата рождения: _____ Паспорт / свид. о рождении: _____, выдан _____, _____ Адрес: _____ Телефон: _____ Подпись Пациента: _____ / _____ /
---	--	--