

До заключения дополнительного соглашения Исполнитель, в доступной форме, уведомил Заказчика/Потребителя о том, что граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и Правила поведения пациентов и посетителей в медицинской организации ООО «НОВЫЙ ВЕК» МК. Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

До заключения дополнительного соглашения Заказчик/Потребитель ознакомлен с Правилами Исполнителя (Правилами предоставления платных медицинских услуг, Правилами поведения пациентов и посетителей в медицинской организации, Положением о гарантиях), порядками, условиями, формами оказания медицинских услуг и их оплаты, перечнем платных медицинских услуг и их стоимостью. Также Заказчик/Потребитель уведомлен, что в случае непредставления Потребителем Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство Исполнитель в силу требований законодательства обязан отказать Потребителю в предоставлении медицинской услуги (услуг).

При заключении дополнительного соглашения Исполнитель, в доступной форме, уведомил Заказчика/Потребителя о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также о том, что ООО «НОВЫЙ ВЕК» МК не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Заказчик _____ <ЗАКАЗЧИК ФИО>
(подпись)

Потребитель _____ <ПАЦИЕНТ ФИО ПОЛНОЕ>
(подпись)

Дополнительное соглашение к договору предоставления платных медицинских услуг

№ <НомерДоговора> от <ДатаДоговора> г.

г. Энгельс

<ДАТА> года

Общество с ограниченной ответственностью «НОВЫЙ ВЕК» Медицинская компания, ОГРН 1116449006156, ИНН 6449062726, именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице <Должность> <ФИО_Ответственный_Род>, действующего на основании доверенности <Доверенность>, с одной стороны, и

<ЗАКАЗЧИК ФИО>, (ф.и.о./наименование Заказчика) паспорт серия <ЗАКАЗЧИК ПАСПОРТ СЕРИЯ> № <ЗАКАЗЧИК ПАСПОРТ НОМЕР>, выдан <ЗАКАЗЧИК ПАСПОРТ ВЫДАН> <ЗАКАЗЧИК ПАСПОРТ ДАТА ВЫДАЧИ> года, зарегистрирован по адресу: <ЗАКАЗЧИК АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ>, Телефон: <ЗАКАЗЧИК ТЕЛЕФОН> e-mail: <ЗАКАЗЧИК ПОЧТА>, именуемый в дальнейшем **Заказчик**, с другой стороны:

<ПАЦИЕНТ ФИО ПОЛНОЕ>

(ф.и.о. Потребителя)

<ПАЦИЕНТ ДР> года рождения паспорт серия <ПАСПОРТ СЕРИЯ> № <ПАСПОРТ НОМЕР>, выдан <ПАСПОРТ ВЫДАН> <ПАСПОРТ ДАТА ВЫДАЧИ> года, зарегистрирован по адресу: <ПАЦИЕНТ АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ>.

Телефон: <ПАЦИЕНТ ТЕЛЕФОН> e-mail: <ПАЦИЕНТ ЭЛ ПОЧТА>, именуемый в дальнейшем **Потребитель**, с другой стороны, далее совместно именуемые Стороны, заключили настоящее соглашение о нижеследующем:

1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю дополнительные медицинские услуги, не предусмотренные основным Договором в объеме, установленном настоящим дополнительным соглашением, а Заказчик обязуется оплатить данные услуги.
2. Дополнить Договор № <НомерДоговора> от <ДатаДоговора> г. (далее – Договор) приложением № <НОМЕР> следующего содержания:

«Приложение № <НОМЕР>

к договору предоставления платных медицинских услуг № <НомерДоговора> от <ДатаДоговора> г.

г. Энгельс

<ДАТА> г.

№ п/п	Код услуги	Артикул	Наименование медицинской услуги	Кол-во	ФИО медицинского работника	Цена

1. Общая стоимость услуг: <СуммаДокумента> руб.
2. Стороны пришли к соглашению о нижеследующем порядке оплаты медицинских услуг:
100% предоплата в день оказания медицинской услуги до начала ее оказания
или

100% оплата в день оказания медицинской услуги после ее фактического оказания

3. Условия и срок ожидания платных медицинских услуг: при наличии у Исполнителя возможности предоставить соответствующие услуги срок ожидания платных медицинских услуг составляет не более 30 календарных дней с момента обращения.

4. Срок оказания платных медицинских услуг: не более ____ календарных дней с момента подписания настоящего дополнительного соглашения».

3. Дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами.

4. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Дополнительным соглашением, Стороны будут руководствоваться условиями Договора.

5. Дополнительное соглашение составлено в 3 (Трех) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон и является неотъемлемой частью Договора.

6. Реквизиты и подписи сторон:

Исполнитель:

ООО «НОВЫЙ ВЕК» МК

Адрес: 413124, Саратовская область, г. Энгельс

Ул. Полиграфическая д.1

ИНН 6449062726 КПП 645401001

ОГРН 1116449006156 зарегистрирован 12.12.2011 г

Межрайонной инспекцией Федеральной

налоговой службы №22 по Саратовской области

Банковские реквизиты:

Р/с 40702810256170002127

Саратовское отделение №8622

Поволжский банк ПАО Сбербанк

к/счет 3010181020000000607 БИК 043601607

_____/<ФИО_Ответственный>

Потребитель:

ФИО: <ПАЦИЕНТ ФИО ПОЛНОЕ>

Дата рождения: <ПАЦИЕНТ_ДР> г.

Адрес _____ жительство: _____

<ПАЦИЕНТ АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ>

Документы, удостоверяющие личность:

Серия: <ПАСПОРТ_СЕРИЯ> номер:

<ПАСПОРТ_НОМЕР> выдан: <ПАСПОРТ_ВЫДАН>

<ПАСПОРТ_ДАТА_ВЫДАЧИ> г.

Телефон: <ПАЦИЕНТ_ТЕЛЕФОН>

Потребитель (подпись): _____

Заказчик:

ФИО: <ЗАКАЗЧИК ФИО>

Дата рождения: <ЗАКАЗЧИК_ДР> г.

Адрес _____ жительство: _____

<ЗАКАЗЧИК АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ>

Документы, удостоверяющие личность: _____

Серия: <ЗАКАЗЧИК ПАСПОРТ_СЕРИЯ> номер:

<ЗАКАЗЧИК ПАСПОРТ_НОМЕР> выдан:

<ЗАКАЗЧИК ПАСПОРТ_ВЫДАН>

<ЗАКАЗЧИК ПАСПОРТ_ДАТА_ВЫДАЧИ> г.

Телефон: <ЗАКАЗЧИК_ТЕЛЕФОН>

Заказчик (подпись): _____

НОВЫЙ

МЕДИЦИНСКАЯ

При заключении дополнительного соглашения Исполнитель, в доступной форме, уведомил Заказчика/Потребителя:

- о том, что при невыполнении предписаний врача, несообщении необходимых сведений о себе, нарушении правил поведения пациента, иных обязанностей, установленных настоящим договором, Заказчик/Потребитель несет риск снижения качества оказываемых услуг или освобождения Исполнителя от ответственности за нарушение сроков их оказания;

- о том, что при оказании медицинских услуг Исполнителем применяются при их наличии порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации, информация о которых предоставлена Заказчику/Потребителю в доступной форме при заключении настоящего договора.

Заказчику/Потребителю в доступной форме предоставлены и разъяснены:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

Подписывая данное дополнительное соглашение, Заказчик/Потребитель подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и медицинской организации, ознакомлен и согласен с Правилами Исполнителя и обязуется их соблюдать.

Заказчик _____
(подпись) (ФИО)

<ДАТА_ДД ММММ ГГГГ>
(дата)

Потребитель _____
(подпись) (ФИО)



НОВЫЙ ВЕК
МЕДИЦИНСКАЯ КЛИНИКА