Приложение № \_\_\_\_

к Договору от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_

ГЛАВНОЕ ПРОИЗВОДСТВЕННО-КОММЕРЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ПО ОБСЛУЖИВАНИЮ ДИПЛОМАТИЧЕСКОГО КОРПУСА ПРИ МИНИСТЕРСТВЕ ИНОСТРАННЫХ ДЕЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФИЛИАЛ «МЕДИНЦЕНТР»

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ К ДОГОВОРУ**

**№ /В**

**НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

**ФИЗИЧЕСКОМУ ЛИЦУ**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Москва | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_г. |

**Федеральное государственное унитарное предприятие «Главное производственно-коммерческое управление по обслуживанию дипломатического корпуса при Министерстве иностранных дел Российской Федерации» (ГлавУпДК при МИД России)**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора филиала ГлавУпДК при МИД России «Мединцентр» С. А. Гусаренко, действующего на основании доверенности от 12.05.2023 № 4320-021/ДК*,* с одной стороны, и гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО)
адрес места жительства, телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», именуемые каждый в отдельности «Сторона», а совместно - «Стороны», заключили заключили настоящее Дополнительное соглашение к Договору на оказание платных медицинских услуг

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. о нижеследующем.

1. Исполнитель оказывает потребителю следующие платные медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. №
 | Наименование услуги | Коли-чество  | Срок ожидания услуги | Цена услуги | Стоимость |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
|  | Всего к оплате |  |  |  |  |

 2. Сумма оплаты за медицинские услуги составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 3. Потребитель/Заказчик обязуется оплатить денежную сумму, указанную в п. 2 настоящего дополнительного соглашения в течение одного банковского дня, следующего за днем подписания настоящего дополнительного соглашения.

 4. Настоящее дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2023г., вступает в силу с момента подписания сторонами.

 5. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим дополнительным соглашением стороны руководствуются положениями Договора на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

 6. Настоящее соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один экземпляру для Потребителя /Заказчика, один экземпляра для Исполнителя.

### АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

**Исполнитель:** ГлавУпДК при МИД России Филиал «Мединцентр» ГлавУпДК при МИД России;

Лицензия на осуществление медицинской деятельности, предоставлена Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (адрес нахождения: 109074, Москва, Славянская площадь, д.4, стр.1) № Л041-00110-77/00574118 ФС-99-01-009768 от 03.09.2020 г., бессрочно, на основании решения лицензирующего органа от 29.07.2022 № 6929

Свидетельство ОГРН 1027700347840, зарегистрировано ГУ Московская регистрационная палата, 15.08.1994г.; ИНН 7704010978/КПП 774850001; ОКПО 04814998; ОКВЭД 86.10, 86.21

Полное наименование Филиала: Филиал Федерального государственного унитарного предприятия «Главное производственно-коммерческое управление по обслуживанию дипломатического корпуса при Министерстве иностранных дел Российской Федерации» «Мединцентр»;

Сокращенное наименование: Филиал «Мединцентр» ГлавУпДК при МИД России;

Местонахождение и почтовый адрес: 119049, г. Москва, 4-й Добрынинский переулок, д. 4.

Сайт <https://medin.ru>

Директор Филиала «Мединцентр» ГлавУпДК МИД России

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/С.А.Гусаренко/

М.П.

 **Потребитель:**

 (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Паспорт (или другой документ, удостоверяющий личность)

Кем и когда выдан:

Фактическое место жительства:

Зарегистрирован по адресу:

Телефон:

Электронная почта:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись