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 НА УСЛОВИЯХ АНОНИМНОСТИ**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 без предъявления удостоверяющих личность документов, изъявивший добровольное желание заключить настоящий Договор анонимно либо под вымышленным именем (указать имя-обращение, выбранное пациентом) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 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 , один экземпляра для Исполнителя.

### АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

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

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