

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
К ДОГОВОРУ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ от
« _____ » _____ 20__ г.

г. Москва

« _____ » _____ 202__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «ВИТАМЕД», именуемое в дальнейшем «Клиника», в лице генерального директора Медведевой Марии Всеволодовны, действующей на основании Устава с одной стороны, и

Гражданин(ка) _____
_____ (указывается ФИО), именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, вместе в дальнейшем именуемые «Стороны», заключили настоящее дополнительное соглашение к договору об оказании платных медицинских услуг (далее – Договор) о нижеследующем:

Стороны согласовали следующий порядок расчетов по Договору:

1. Стоимость платных медицинских услуг, оказанных Пациенту на дату подписания настоящего дополнительного соглашения составляет: _____
(_____).

2. Сумма задолженности по оплате оказанных медицинских услуг на дату подписания настоящего _____ дополнительного _____ соглашения _____ составляет _____
(_____).

3. Стороны согласовали, что сумма, указанная в пункте 2 настоящего дополнительного соглашения, оплачивается Пациентом в течение _____ (_____) дней с момента заключения настоящего дополнительного соглашения к Договору путем внесения денежных средств в кассу /на расчетный счет Клиники.

4. В случае нарушения Пациентом согласованных сроков оплаты услуг Клиника имеет право взыскать с Пациента пени в размере 0,1% от невыплаченной суммы за каждый день просрочки. Штрафные санкции оплачиваются в 3-дневный срок со дня их предъявления.

5. В случае нарушения Пациентом обязательств по оплате Клиника имеет право взыскать сумму задолженности в судебном порядке путем обращения суд по месту нахождения Клиники.

6. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение срока действия Договора.

7. Реквизиты сторон

КЛИНИКА: ООО «ВИТАМЕД»

Адрес: 115093, г. Москва, Партийный переулок, д.1, корп. 25

ОГРН 1117746857821

ИНН 7725737877, КПП 772501001

Сайт: osteopoint.ru

Электронная почта: info@osteopoint.ru

Генеральный директор

/ _____ / М.В. Медведева

ПАЦИЕНТ: _____

(фамилия, имя, отчество)

паспорт _____ выдан _____ Г. _____
(серия и номер) (дата) (название выдавшего органа)

_____, код подразделения _____.

Адрес: _____,

тел.: _____.

(подпись)