Приложение к Договору на

На предоставление платных медицинских

услуг от «___» _____2024 г

Дополнительное соглашение к Договору №_____на

предоставление платных медицинских услуг

от «___» _____2024 г

ООО «Стоматологическая клиника «Белый клык», именуемая в дальнейшем «Исполнитель», в лице Директора-главного врача Мейтис Н.В., действующего на основании Устава, с одной стороны, и (ФИО); «Пациент» (Законный представитель, «Заказчик»), с другой стороны, заключили настоящее Дополнительное соглашение к Договору о нижеследующем:

1. Исполнитель оказывает Заказчику следующие платные медицинские услуги:

2. Порядок и сроки оплаты (подчеркнуть: по Договору, «наличными», «с использованием платежной карты»)

Окончательный расчет:

3. Гарантийный срок по выполняемым работам устанавливается:_____

_____

4. Гарантийные обязательства действуют при условии, что Потребитель выполняет все рекомендации врача.

5. Доп.соглашение составлено в 2-х экземплярах, по одному экземпляру для каждой из сторон. Вступает в силу с момента подписания и действует до исполнения сторонами обязательств по нему в рамках срока действия Договора.

6. Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора №____ от «___» _____2024 года.

7. Подписи сторон

7.1 От Исполнителя:	7.2 Пациент:
Врач_____/_____	Заказчик:_____/_____
Администратор_____/_____	

Подписание Заказчиком и Пациентом настоящего Договора свидетельствует об ознакомлении со всем изложенным в настоящем Договоре и полном с ним согласии. Заказчиком получен экземпляр настоящего договора на руки.

ООО "Стоматологическая клиника «Белый клык"
Приложение № 1
к договору на оказание платных медицинских
услуг от _____ № ____

Смета

_____
(фамилия, имя, отчество Пациента)

Наименование медицинской услуги	**Срок исполнения**	**Стоимость услуги по Прейскуранту цен**	**Примечания**

Подпись лечащего врача
_____ _____
(подпись) **м.п.** врача (фамилия, имя, отчество)

С перечнем, стоимостью медицинских услуг и сроками их выполнения ознакомлен(на) и согласен на их выполнение

_____
(подпись ФИО Пациента полностью)

Пациент: Исполнитель:

_____/_____/ ООО «Стоматологическая клиника «Белый клык»

Директор-главный врач_____/Мейтис Н.В./