**Дополнительное соглашение  
к договору оказания платных медицинских услуг**

**от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_**

            «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г.Оренбург

Исполнитель, в лице генерального директора Общества с ограниченной ответственностью "Косметология «Евромед-клиник»" Мищеряковой Елены Александровны, действующей  на основании Устава, с одной стороны, и Потребитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , с другой стороны, заключили дополнительное соглашение об оказании Потребителю дополнительных медицинских услуг:

|  |  |
| --- | --- |
| **№** | **Название процедуры** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Дополнительное соглашение составлено в 2 (двух) экземплярах: для Исполнителя и Пациента.

**Реквизиты и подписи Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Потребитель** |
| ООО «Косметология ЕВРОМЕД-КЛИНИК»  Юридический адрес: 460000, г. Оренбург, ул. 9 января, 56  ИНН 5610139436 КПП 561001001  ОГРН 1115658014537  р/с 40702810404100016614  ПАО АКБ «Авангад» г. Оренбург  к/с 30101810000000000201  БИК 044525201  Тел. +7(3532)77-37-26, 89128461000  е-mail: evromed56@mail.ru  Генеральный директор  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е.А. Мищерякова  М.П. | ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_  номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорта  выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи паспорта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись пациента |