**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, 56ИНН 5610139436 КПП 561001001ОГРН 1115658014537р/с 40702810404100016614ПАО АКБ «Авангад» г. Оренбург к/с 30101810000000000201БИК 044525201Тел. +7(3532)77-37-26, 89128461000е-mail: evromed56@mail.ruГенеральный директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е.А. МищеряковаМ.П. | ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_  номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорта выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата выдачи паспорта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись пациента  |