**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**

**к Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_оказания платных медицинских услуг**

г. Хабаровск «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 2023 года

Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края (КГБОУ ДПО «ИПКСЗ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, при полном взаимном согласии заключили настоящее Дополнительное соглашение к Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_оказания платных медицинских услуг (далее – Договор) о нижеследующем:

1. На основании пункта \_\_\_\_\_\_ Договора Исполнитель по соглашению Сторон оказывает Пациенту на возмездной основе следующие дополнительные услуги:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Название услуги | Кол-во услуг | Цена | Сумма |
|  |  |  |  |  |

2. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Дополнительным соглашением, остаются в силе и действуют условия Договора. Подписывая настоящее Дополнительное соглашение Стороны подтверждают, что все условия Договора им известны и понятны.

3. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, - по одному для каждой из Сторон.

4. Настоящее Дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами и является неотъемлемой частью Договора

**Реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель | Пациент  ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  данные документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |