

Дополнительное соглашение  
к Договору о предоставлении платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_  
от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

г.Уфа

«Исполнитель», в лице врача-стоматолога \_\_\_\_\_,  
действующего(ей) на основании доверенности № \_\_\_\_\_, выданной 09.01.2023г.  
главным врачом ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника №1 г.Уфа, с одной  
стороны, и «Потребитель» ФИО \_\_\_\_\_, с другой стороны,  
заключили дополнительное соглашение о предоставлении дополнительных платных  
медицинских услуг «Потребителю»:

**Перечень, наименование, количество, цена, стоимость и срок оказания медицинских услуг,  
предоставляемых «Потребителю»**

| № п/п         | Код услуги | Наименование медицинской услуги | Количество | Дата исполнения | Стоимость услуги (руб.) | Сумма | Срок гарантии/срок службы |
|---------------|------------|---------------------------------|------------|-----------------|-------------------------|-------|---------------------------|
|               |            |                                 |            |                 |                         |       |                           |
|               |            |                                 |            |                 |                         |       |                           |
| <b>Всего:</b> |            |                                 |            |                 |                         |       |                           |

Дополнительное соглашение составлено в 2 (двух) экземплярах: для «Исполнителя» и «Потребителя».

**Реквизиты и подписи сторон:**

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Исполнитель:</b><br/>ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника №1 г.Уфа<br/>ФИО врача _____<br/>Адрес: 450038,РБ, г.Уфа,<br/>ул. Машиностроителей, д. 13</p> <p>ИНН 0273012090, КПП 027301001<br/>р/с40601810400003000001<br/>БИК 048073001<br/>Отделение-НБ Республика Башкортостан</p> <p>тел.8(347) 263-51-29; тел.8(347)263-54-57<br/>электронная почта: <a href="mailto:ufa.sp1@doctorrub.ru">ufa.sp1@doctorrub.ru</a></p> <p>Подпись _____<br/>Дата « ____ » _____ 20 ____ г.</p> <p>МП</p> | <p><b>Потребитель:</b><br/>ФИО _____<br/>Адрес _____<br/>Паспорт _____<br/>Телефон _____</p> <p><i>(Анонимно - ФИО Потребителя, адрес места жительства, телефон - данные вносятся со слов потребителя)(подчеркнуть)</i></p> <p>С условиями Договора о предоставлении платных медицинских услуг, информированного добровольного согласия ознакомлен(а) и согласен(а)</p> <p>Подпись, _____ расшифровка<br/>подписи _____<br/>Дата « ____ » _____ 20 ____ г.</p> |
|---|--|