**Дополнительное соглашение**

**к Договору на оказание платных медицинских услуг от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.**

**г. Тверь «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.**

«Заказчик» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ для «Потребителя»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

с одной стороны, и

**Общество с ограниченной ответственностью «ООО Хирургия»,** **«Исполнитель»**, в лице Директора Ротенфельда Александра Евсеевича, действующей на основании Устава, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. В соответствии с настоящим Дополнительным соглашением Исполнитель оказывает Заказчику (Потребителю) следующие медицинские услуги, которые добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны Заказчиком (Потребителем).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Вид услуг (по прейскуранту) | Кол-во | Цена | Скидка руб. | Всего |
| **1.** | **Операция:** |  |  |  |  |
| **2.** | **Наркоз:** |  |  |  |  |
| **3.** | **Консультация анестезиолога** |  |  |  |  |
| **4.** | **Пребывание в стационаре:** |  |  |  |  |
|  | **Дневной стационар** |  |  |  |  |
|  | **Круглосуточный стационар** |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Всего** |  |

Заказчик (Потребитель) ознакомлен с действующим Прейскурантом и согласен оплатить указанные медицинские услуги.

Порядок оплаты:

Наличные, безналичные (ненужное зачеркнуть).

2. Предоставление медицинских услуг по настоящему Дополнительному соглашению к договору на оказание платных медицинских услуг осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (Заказчика) (Приложение №1 к настоящему Дополнительному соглашению), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан.

3. Исполнитель уведомил Потребителя (Заказчика) о том, что результат оказанных медицинских услуг может отличаться от планируемого Потребителем (Заказчиком) результата, что не является нарушением обязательств Исполнителя по настоящему договору, при условии, что услуга оказана с соблюдением требований действующего законодательства. Отсутствие ожидаемого результата не является основанием для признания оказанной услуги ненадлежащим образом оказанной, если Исполнитель оказал услуги в соответствии с условиями договора.

4. Исполнитель обязуется:

4.1. Информировать Потребителя (Заказчика) о характере возможных осложнений, о способах профилактики осложнений.

4.2. После оказания услуг выдать Потребителю (Заказчику) медицинские предписания, назначения, рекомендации для достижения и сохранения результатов оказания медицинских услуг.

4.3. Немедленно извещать Потребителя (Заказчика) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг в письменном виде.

4.5. В случае возникновения неотложных состояний у Потребителя (Заказчика), Исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

4.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

4.5. При невозможности оказания медицинской помощи в экстренном порядке силами исполнителя, исполнитель обязан вызвать бригаду скорой помощи или самостоятельно транспортировать потребителя за свой счет до медицинского учреждения, где ему будет оказана необходимая медицинская помощь.

5. Потребитель обязуется:

5.1. Предоставить исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе:

- о перенесенных или имеющихся заболеваниях, в т.ч. аллергия, гепатит, СПИД, бронхиальная астма, заболевания сердечно-сосудистой системы, венерические заболевания, туберкулез;

- о наследственных и психических заболеваниях Пациента и членов его семьи;

- о перенесенных травмах, оперативных вмешательствах;

- о переливании крови и инъекциях (за два года до заключения настоящего Дополнительного соглашения);

- о проведенных профилактических прививках;

- о состоявшемся или возможном контакте с инфекционными больными в течение одного календарного месяца до заключения настоящего договора;

- о непереносимости медицинских препаратов;

- о параллельном лечении в других медицинских учреждениях;

- об имеющихся вредных привычках;

- иные, запрошенные лечащим врачом сведения, необходимые для полного и качественного оказания медицинских услуг.

6.Подписанием настоящего Дополнительного соглашения Заказчик (Потребитель) подтверждает свою осведомленность о том, что при оказании медицинских услуг срок сохранения их качества носит индивидуальный физиологический характер, предопределяющийся мультифакторными причинами (возраст, соматическое и психологическое состояние пациента, исходный биологический статус, индивидуальный аллергический и патофизиологический фон и т.д.), в связи с чем, качественный результат оказанных медицинских услуг носит строго индивидуальный характер.

7. Срок предоставления медицинских услуг с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

8. Остальные условия Договора на оказание платных медицинских услуг остаются неизменными и Стороны подтверждают по ним свои обязательства

9. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания и является неотъемлемой частью Договора на оказание платных медицинских услуг.

10. Настоящее Дополнительное соглашение заключается в 3-х экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у потребителя, третий - у заказчика. В случае совпадения Заказчика и Потребителя в одном лице, настоящий договор составляется в 2-х экземплярах.

**Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон**

Исполнитель: ООО «Хирургия»

ИНН 6950210374 КПП 695001001

Юридический адрес: 170001, г. Тверь, ул. Спартака, д. 42Б, офис 5

Фактический адрес: 170001, г. Тверь, ул. Спартака, д. 42Б, офис 5

р/40702810000210001336 в АКБ «РОССИЙСКИЙ КАПИТАЛ» (ПАО) Г. МОСКВА

к/сч 30101810345250000266, БИК 044525266

Телефон: 8 (4822) 39-49-39

Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ротенфельд А.Е.

**Заказчик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_ года рождения**

**паспорт серия номер Выдан кем: когда:**

**Зарегистрирован по адресу:**

**Телефон: e-mail:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

**Потребитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**паспорт серия номер Выдан кем: когда:**

**Зарегистрирован по адресу :**

**Телефон: e-mail:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

**Экземпляр дополнительного соглашения мною получен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Подпись потребителя)**

**Экземпляр дополнительного соглашения мною получен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Подпись заказчика)**