

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
Всего:							

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

Реквизиты и подписи сторон:

<p>Исполнитель: ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника №1 г.Уфа ФИО врача _____ Адрес: 450038,РБ, г.Уфа, ул. Машиностроителей, д. 13</p> <p>ИНН 0273012090, КПП 027301001 р/с40601810400003000001 БИК 048073001 Отделение-НБ Республика Башкортостан</p> <p>тел.8(347) 263-51-29; тел.8(347)263-54-57 электронная почта: ufa.sp1@doctorr.ru</p> <p>Подпись _____ Дата « ____ » _____ 20 ____ г.</p> <p>МП</p>	<p>Потребитель: ФИО _____ Адрес _____ Паспорт _____ 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 подписи _____ Дата « ____ » _____ 20 ____ г.</p>
---	--