

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № _____
к Договору № _____ на оказание платных медицинских услуг от _____

г. Санкт-Петербург

«___» _____ 202__ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Психоневрологический диспансер № 3» (СПб ГБУЗ «ПНД № 3»), находящееся по адресу: 197198, г. Санкт-Петербург, Татарский переулок, д. 16, лит А, ОГРН 1037828001210, оказывающее медицинские услуги на основании лицензии № Л041-01148-78/00371213 от 31.01.2014 г., выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга, именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице медицинского регистратора _____, действующей на основании доверенности с одной стороны, и гражданин (ка) _____, именуемый (-ая) в дальнейшем «ЗАКАЗЧИК», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее дополнительное соглашение (далее - Соглашение) о нижеследующем:

1. Стороны согласовали, что при оказании медицинских услуг по Договору Исполнителем рекомендовано провести Пациенту дополнительное обследование согласно перечню платных медицинских услуг, предоставляемых учреждением, а именно:

№	Наименование услуги	Срок оказания медицинской услуги	Количество	Цена (руб.)	Отметка о выполнении (подпись и дата)
1					Врач _____ «___» _____ 20__ год

1.1. Оплата медицинских услуг по настоящему Дополнительному соглашению к Договору производится Заказчиком в форме предоплаты в полном объеме в день оказания медицинской услуги.

1.2. Остальные положения Договора остаются без изменений.

2. Настоящее Соглашение составлено в двух экземплярах по одному для каждой из Сторон и вступает в силу с момента его подписания, является неотъемлемой частью Договора и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

Реквизиты Сторон

Исполнитель:

СПб ГБУЗ «ПНД № 3»

Юридический и фактический адрес:
197198, Санкт-Петербург, Татарский пер., д. 16,
Литера А.

ИНН 7813103559, КПП 781301001,
ОКАТО 40288561000, ОКОПФ 75203, ОКФС 13,
ОКПО 46977912.

Реквизиты банка:

Северо-Западное ГУ Банка России/УФК по Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург, БИК банка получателя : 014030106, номер счета банка получателя 401028109453700000005, номер казначейского счета получателя 03224643400000007200

Заказчик:

Заказчик: _____

Паспорт серия _____ № _____
выдан _____

Дата выдачи паспорта _____ г.

Дата рождения _____ г.

Зарегистрирован(а) по адресу: _____

Факт адрес: _____

Телефон: _____

Комитет финансов СПб (СПб ГБУЗ "ПНД № 3, л/с 0621015)

Тел./факс: (812) 233-33-27.

E-mail: pndptg@zdrav.spb.ru

_____/_____/_____

_____/_____/_____