**Дополнительное соглашение к договору № \_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

ООО «Альтра» (частная клиника «effi»), в лице генерального директора Андриянова Виталия Геннадьевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»,** и

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

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_именуемый в дальнейшем **«Заказчик»**, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,именуемый в дальнейшем **«Пациент»,** а вместе именуемые Стороны, руководствуясь нормами Федерального закона от 21.11.2011г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», Федерального закона от 07.02.1992 г. 2300-1 «О защите прав потребителей», заключили настоящее дополнительное соглашение нижеследующем:

1. Исполнитель, действуя с добровольного согласия Пациента и Заказчика обязуется оказать Пациенту следующие платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить их в полном объеме.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 1 №
 | 1. Код и наименование медицинской услуги
 | Стоимость в соответствии с Прейскурантом цен в рублях | Количество | Сумма |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | ИТОГО: |  |

1. Стоимость услуг определена на основании Прейскуранта цен Исполнителя, действующего на момент заключения настоящего Соглашения, с которым с которым Заказчик и Пациент ознакомлены до подписания настоящего дополнительного соглашения к настоящему Договору.
2. Общая стоимость услуг, подлежащая оплате, составляет \_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Период ожидания составляет:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Срок (период) оказания услуг:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Порядок оплаты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Подписание настоящего дополнительного Соглашения подтверждает, что Сторонами согласованы срок, объем и стоимость оказываемых Пациенту медицинских услуг.
7. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Пациента, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.
8. Пациент соглашается, что возможно для достижения необходимой степени лечебного или эстетического эффекта потребуется пройти более, чем одну процедуру (манипуляцию). В случае необходимости повторных процедур, Сторонами будет заключено заключается дополнительное Соглашение с согласованием объема, сроков и стоимости и порядка оплаты.
9. Исполнитель не несет ответственности за возможные отрицательные последствия оказанных услуг, если они возникли по вине Пациента, вследствие непредставления, предоставления неполной, либо недостоверной информации о состоянии здоровья Пациента, отказа от выполнения рекомендаций врача, нарушения или недобросовестного соблюдения требований лечащего врача в связи с оказываемой им медицинской помощью (услугой) в период лечения и реабилитации.
10. Исполнитель не несет ответственности за несовпадение эстетического результата и субъективного ожидания Пациента, если субъективные ожидания Пациента невозможно было реализовать по состоянию здоровья Пациента, индивидуальным морфологическим и функциональным особенностям органов и частей его тела.
11. Стороны согласовали возможность направления Исполнителем Пациенту результатов исследований (анализов), выписок и справок по его электронной почте, указанной в реквизитах Сторон в Договоре.
12. Соглашение считается заключенным с момента его подписания Сторонами.
13. Соглашение составлено в 3 (трех) подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых хранится у Пациента, один – у Заказчика, и один у Исполнителя.
14. Во всём, что не урегулировано настоящим дополнительным Соглашением, стороны руководствуются Договором об оказании платных медицинских услуг и действующим законодательством РФ.
15. Любые изменения и дополнения к настоящему Соглашению оформляются сторонами в письменном виде.
16. Соглашение является неотъемлемой частью Договора об оказании платных медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_
17. Остальные условия Договора, не измененные настоящим соглашением, остаются в прежней редакции.
18. Дополнительное соглашение составлено в 2-х экземплярах, по одному для каждой из сторон. Свои экземпляры Пациент и Заказчик получили на руки.

**Исполнитель:**

ООО «Альтра» (частная клиника «effi»)

ОГРН 1092468051422

ИНН 2460219772 КПП 246001001

юридический адрес: 660018, г. Красноярск, ул. Историческая, 111, стр. 3, корп. 2, пом. 10, 11

почтовый адрес: 660018, г. Красноярск, а/я 2504

обособленное подразделение: 660049, г. Красноярск, ул. Дубровинского, 50

тел.: +7 (391) 200 90 11, сайт: [http://effi-clinic.ru](http://effi-clinic.ru/) e-mail:info@effi-clinic.ru

Лицензия № Л041-01019-24/00359911 от 09.11.2015 на осуществление медицинской деятельности (бессрочная), выдана Министерством здравоохранения Красноярского края

Генеральный директор ООО «Альтра» (частная клиника «effi») \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Андриянов В.Г./

**Заказчик:**

**Для физлица**

ФИО,

паспорт или иной документ, удостоверяющий личность,

адрес места жительства ,

телефон, электронная почта

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Фамилия Имя Отчество/

**Для юридического лица:**

наименование организации,

ОГРН, ИНН, КПП,

юридический и почтовый адрес,

телефон, электронная почта

данные подписанта

Должность **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** /ФИО должностного лица/