**Приложение №8**

**к Правилам предоставления платных**

**медицинских услуг**

**Краевым государственным бюджетным**

 **учреждением здравоохранения**

 **"Городская поликлиника № 7 "**

 **министерства здравоохранения**

**Хабаровского края**

**Дополнительное соглашение
к договору оказания**

**платных медицинских услуг от \_\_\_.\_\_\_.20\_\_\_ № \_\_\_\_\_**

*"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.* г.Хабаровск

Исполнитель, Краевое государственное бюджетное учреждение "Городская поликлиника №7"министерства здравоохранения Хабаровского края в лице и.о. главного врача Гандуровой Елены Геннадьевны, действующего на основании Устава с одной стороны, и Потребитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны, заключили дополнительное соглашение об оказании Потребителю дополнительных медицинских услуг:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование услуги | Количество  | Срок ожидания услуги | Цена услуги | Стоимость |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
|  | Всего к оплате |  |  |  |  |

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

Исполнитель: Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Городская поликлиника №7" министерства здравоохранения Хабаровского края

Адрес юридический (фактический): 680014, Хабаровский край, Хабаровск г., квартал ДОС (Большой Аэродром) дом №42а.

ОГРН: 1022702285320

ИНН: 2724012798

И.о. главного врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Е. Г. Гандурова

Потребитель/заказчик\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф. И. О.)

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Иные адреса (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**­­­­**