**Приложение № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.**

 **к Договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г. на оказание платных медицинских услуг**

*(с Потребителем)*

**Исполнитель: ООО «Медицинский центр «Три-З»,** в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, и **Потребитель**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (Ф.И.О. полностью, дата рождения Потребителя)

1. По настоящему Приложению Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, указанные в настоящем Приложении, а Потребитель обязуется оплатить указанные Услуги:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код услуги согласно прейскуранту  | Наименование платных медицинских услуг | Кол-во услуг | Цена услуги (руб.) | Сумма услуг (руб.) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**ИТОГО:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(сумма прописью)

2. Порядок оплаты и оказания услуг, предусмотренных настоящим Приложением, права и обязанности сторон, и иные условия оказания услуг предусмотрены Договором.

3. Настоящее приложение вступает в силу с даты его подписания, указанной на первой странице Приложения и действует до полного исполнения обязательств.

**Исполнитель:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи) (должность)

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

 (подпись) (расшифровка подписи)

**Настоящее Приложение составлено в двух экземплярах, один для Исполнителя, второй для Потребителя.**

**Один экземпляр Приложения № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г. к Договору № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г. на оказание платных медицинских услуг, мною получен**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 ( Дата) (Подпись Потребителя) (Расшифровка подписи)