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

**к Договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г. на оказание платных медицинских услуг**

*(с Потребителем)*

**«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_г.**

**Исполнитель: ООО «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 услуг, предусмотренных настоящим Приложением, права и обязанности сторон, и иные условия оказания услуг предусмотрены Договором.

3. Услуга оказывается Потребителю в день подписания настоящего Приложения.

4. Настоящее приложение вступает в силу с даты его подписания и действует до полного исполнения обязательств.

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

(подпись) (расшифровка подписи) (должность)

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

(подпись) (расшифровка подписи)