Приложение № 12

Утверждено приказом ФГБУ ДС «Васильевское» Минздрава России от 9 января 2024 г. № 8 «Об организации приносящей доход деятельности в ФГБУ ДС Васильевское Минздрава России»

Дополнительное соглашение №

к Договору **на предоставление платных немедицинских услуг**

**от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. №**

Одинцовский городской округ,

 территория Васильевское, строение 4 «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 года

ФГБУ ДС «Васильевское» Минздрава России, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице исполняющего обязанности главного врача Тепикиной Марии Александровны, действующей на основании приказа № 97пк от 12.04.2023 г. и Устава (ИНН 5032004127, ОГРН 1035006463216), и

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (фамилия, имя, отчество полностью)

Паспорт серия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_ г.,

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящее дополнительное соглашение к договору на предоставление платных немедицинских услуг от «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г. №\_\_\_ (далее – «Договор») о нижеследующем:

1. Стороны пришли к соглашению, что Исполнитель оказывает в рамках договора, следующие дополнительные платные немедицинские услуги:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Наименование услуги, код услуги* | *Коли-чество услуг* | *Срок предоставления услуги* | *Стоимость за 1 услугу* | *Стоимость общая* |
| *1.* |  |  |  |  |
| *2.* |  |  |  |  |
| *3.* |  |  |  |  |
| *Итого:* |

2. Стоимость немедицинских услуг по настоящему дополнительному соглашению определена в соответствии прейскурантом Исполнителя и составляет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), в том числе НДС/без НДС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*нужное подчеркнуть, (цифрами и прописью указать, в случае если облагается НДС)*

3. Подпункт 3.2 договора изменяется с учетом пункта 2 настоящего дополнительного соглашения, на основании приобретения дополнительных платных немедицинских услуг, отображенных в пункте 1 настоящего дополнительного соглашения, в связи с чем, подпункт 3.2 пункта 3 «Стоимость немедицинских услуг, срок и порядок оплаты» изложить в следующей редакции:

 «3.2. Общая стоимость немедицинских услуг по договору составляет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_».

*(прописать цифрами и прописью)*

4. Заказчик осуществляет оплату в размере, установленном п. 2 настоящего дополнительного соглашения.

5. Предоставление услуг осуществляется после внесения 100% предоплаты, в сумме, указанной в пункте 2 настоящего дополнительного соглашения.

6. Дополнительное соглашение считается заключенным с момента его подписания Сторонами.

7. Дополнительное соглашение составлено в 2 (двух) подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых хранится у Пациента и один у Исполнителя.

8. Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора на оказание платных немедицинских услуг от «09» января 2024 г. № 8.

 9. Адреса, реквизиты и подписи сторон

|  |  |
| --- | --- |
| *Исполнитель:* *ФГБУ ДС «Васильевское» Минздрава России*Адрес: 143088, Московская область, Одинцовский городской округ, территория Васильевское, строение 4Email: info@dsvas.ruТелефон: 8(498) 696 20 16ИНН 5032004127 / КПП 503201001Банк-ГУ Банка России по ЦФО // УФК по Московской области г. Москва(УФК по Московской области ФГБУ ДС Васильевское Минздрава России л/с 20486Х4070)БИК 004525987Казначейский счет: 03214643000000014801Единый казначейский счет: 40102810845370000004 (кор. счет)ОКТМО: 46755000КБК: 00000000000000000130 И.о. главного врача  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_М.А. Тепикина | *Заказчик:*Ф.И.О.Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Паспортные данные:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Место жительства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) (подпись) (расшифровка подписи) |