Приложение № \_\_\_

к договору № \_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года

г. Ставрополь «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г.

**Гр-н(ка)** Иванов Иван Иванович, именуемый (ая) в дальнейшем «**Пациент**» либо «Заказчик», действующий (ая) от своего имени либо в интересах несовершеннолетнего либо недееспособного гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

и Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Облик», именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице директора Коробейниковой Анастасии Олеговны, действующего на основании Устава, далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее Приложение к Договору № \_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_ года (далее – Договор) о нижеследующем:

1.Исполнитель оказывает Пациенту следующие услуги:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование услуги**  ***(ном.№, а также наименование МУ, согласно номенклатуре МУ)*** | **Количество** | **Стоимость** | **Цена, руб.** | **Врач**  ФИО  Квалификация  Сведения об образовании |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **ИТОГО СТОИМОСТЬ УСЛУГ:** |  |  |  |  |

2. Медицинские услуги, указанные в п.1 настоящего соглашения, оказываются Пациенту в день заключения Сторонами настоящего Приложения.

3. Пациент подтверждает, что:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Находились ли Вы за пределами Российской Федерации в течение последних 7 дней? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | Да | | | |  | | Нет | | | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| Контактировали ли Вы с заболевшими лицами, в том числе COVID-19? в течение последних 7 дней? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | Да | | | |  | | Нет | | | |  |  |  |  |
| Рекомендованный режим самоизоляции соблюдал, соблюдал частично, не соблюдал (нужное подчеркнуть) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| т.к | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
|  |  | указать причину в случае частичного соблюдения, не соблюдения | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

4. Подписывая настоящее Приложение, Пациент проинформирован о том, что медицинские услуги можно получить бесплатно по программе госгарантий. Пациенту также представлена полная информация о рисках процедуры, предполагаемых ее результатах и осложнениях.

5. Пациент ознакомлен, а также согласен с Правилами оказания медицинских услуг и Прейскурантом ООО «Клиника Облик», планом и стоимостью лечения.

6. Порядок оплаты услуг: указанных в пункте 1 настоящего Приложения осуществляется в день оказания медицинских услуг.

7. Настоящее Приложение является неотъемлемой частью Договора и вступает в силу с момента его подписания Сторонами.

8. На сайте Исполнителя, а также на стойках информации для ознакомления размещены Ссылки в отношении: стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии).

9. Настоящее Приложение составлено в двух оригинальных экземплярах, каждый из которых подписан полномочным представителем Сторон и имеет одинаковую юридическую силу. При необходимости в трех экземплярах – для Заказчика.

10. Подписи сторон

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель:  ООО «Клиника Облик» | Пациент:  Иванова Наталья Николаевна |
| Директор  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.О. Коробейникова | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Н.Н.Иванова |