

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ О РАССРОЧКЕ №
К ДОГОВОРУ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

от "___" _____ 202__ года № _____

город Ижевск

«___» _____ 202__ года

Автономное учреждение здравоохранения Удмуртской Республики "Республиканская стоматологическая поликлиника Министерства здравоохранения Удмуртской Республики" (далее - АУЗ УР «РСП МЗ УР»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора (Ф.И.О.): _____, действующего на основании доверенности, с одной стороны, и (Ф.И.О.): _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» («Заказчик») с другой стороны, заключили настоящее Дополнительное соглашение к Договору о нижеследующем:

1. Ориентировочная стоимость оказания платных медицинских услуг составляет:

руб.

Код	Перечень платных медицинских услуг в соответствии с действующим прейскурантом	цена, руб.	объем услуг	стоимость, руб.

Общая стоимость оказанных услуг:

3. Оплата за медицинские услуги производится в рассрочку в соответствующие сроки по согласованию сторон, в том числе предоплата составляет _____ руб.

Согласование вносимых платежей

дата	Сумма, в руб.	подпись исполнителя	подпись потребителя/заказчика
До			
До			
До			
До			
До			
До			
До			
ИТОГО			

4. Отметка о внесенных суммах за оказанные медицинские услуги:

Дата	Сумма в руб.	подпись исполнителя	подпись потребителя/заказчика

5. Дополнительное соглашение составлено в 2 (двух) экземплярах, по одному экземпляру для каждой из сторон, вступает в силу с момента подписания и действует до исполнения сторонами обязательств по нему в рамках срока рассрочки.

6. Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора № _____ от "___" _____ 202__ года.

7. Подписи сторон

7.1. От Исполнителя:

7.2. Потребитель: _____ / _____

Администратор: _____ / _____

Заказчик: _____ / _____

Согласовано. Врач: _____ / _____

М.П.