

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № ____

к Договору от « ____ » _____ № _____

об оказании дополнительных платных медицинских услуг

г. Магнитогорск

« ____ » _____ года

Муниципальное учреждение «Реабилитационный центр для людей с ограниченными возможностями здоровья» города Магнитогорска, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Чиняковой Натальи Сергеевны, действующей на основании Устава, с одной стороны и

(Фамилия, Имя, Отчество(при наличии) гражданина, признанного нуждающимся в предоставлении социальных услуг по реабилитации)

паспорт: _____

(Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность гражданина, признанного нуждающимся в предоставлении социальных услуг)

проживающий по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина, признанного нуждающимся в предоставлении социальных услуг)

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», в лице _____

(Фамилия, Имя, Отчество(при наличии) законного представителя

Заказчика)

(наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя Заказчика)

действующего на основании _____

(основание правомочия, решение суда и др.)

проживающий по адресу: _____

(указывается адрес места жительства законного представителя Заказчика)

с другой стороны, совместно именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящее Дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью Договора от « ____ » _____ г. № _____ о нижеследующем:

1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказывать дополнительные платные медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым на территории РФ, в соответствии лицензией № ЛО-74-01-004146 от « 19 » июня 2017г.
2. Перечень и стоимость, предоставляемых Заказчику дополнительных платных медицинских услуг рассчитываются на основании Постановления администрации города Магнитогорска от 10.10.2017г. № 11947-П.
3. Сроки, перечень и стоимость дополнительных платных медицинских услуг определяются калькуляцией (предварительная калькуляция), являющейся неотъемлемой частью настоящего Дополнительного соглашения (приложение №1).
4. По завершению периода оказания дополнительных платных медицинских услуг Заказчик обязан подписать Акт приемки предоставленных дополнительных платных медицинских услуг (далее именуемый – Акт, приложение №2). В случае отказа или уклонения от подписания Акта и не заявлении претензий в течении 30 (тридцати) дней по завершении фактического оказания дополнительных платных

медицинских услуг, дополнительные платные медицинские услуги считаются выполненными в полном объеме и с должным качеством.

5. Условия Договора об оказании социальных и медицинских услуг по реабилитации не затронуты настоящим Дополнительным соглашением, остаются неизменными.
6. Настоящее Дополнительное соглашение составлено и подписано в 2-х экземплярах, по одному для каждой стороны. При этом оба экземпляра имеют равную юридическую силу.

Исполнитель

Муниципальное Учреждение
«Реабилитационный центр для людей с
ограниченными возможностями здоровья»
города Магнитогорска
(МУ «РЦ ОВЗ» г.Магнитогорска)

Юридический адрес: 455021, Челябинская
область, город Магнитогорск,
проспект Карла Маркса, 193,
тел: 40-47-90
e-mail: info@rcmgn.ru
ОГРН 1137456007479
ИНН 7455015170 КПП 745501001

Директор

Чинякова Н.С. / _____
(Фамилия, Инициалы / Личная подпись)

М.П.

Согласовано _____ А.Г.Новоселов
Юрисконсульт

Заказчик

(Фамилия, Имя, Отчество Заказчика)

(Фамилия, Имя, Отчество законного представителя)

(Данные документа, удостоверяющего личность Заказчика)

(Данные документа, личность законного представителя)

(Адрес места жительства Заказчика и законного представителя)

Тел.: _____

(Ф.И.О. Заказчика или его законного представителя / Подпись)

Экземпляр Дополнительного соглашения получил(а)
на руки

« _____ » _____ 2020г.

(Ф.И.О. Заказчика или его законного представителя / Подпись)