

Дополнительное соглашение __ к Договору № 000000 от 00.00.20
об оказании платных медицинских услуг

г. Санкт-Петербург

30.08.2023 г.

_____, именуемый/ая в дальнейшем "Заказчик", _____, именуемый/ая в дальнейшем «Пациент», с одной стороны, и Санкт-Петербургское государственное унитарное предприятие «Петербургский метрополитен» (ГУП «Петербургский метрополитен»), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача Поликлиники метрополитена **Тришанковой Ларисы Владимировны**, действующей на основании Положения о подразделении и доверенности № 58 от 28.01.2021, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее дополнительное соглашение к Договору № 000031 от 30.08.2023 о нижеследующем:

1. Заказчик оплачивает, а исполнитель берет на себя обязательства оказать медицинские услуги «Заказчику»:

№п/п	Код услуги	Наименование медицинской услуги	срок оказания	Цена	Крат.	Сумма	Исполнитель	Отделение

Итого на сумму 0000,00 руб.

2. Заказчик производит оплату медицинских услуг в сумме в соответствии с п. 1 настоящего дополнительного соглашения путем безналичной оплаты с использованием банковской карты или путем внесения в кассу Исполнителя наличных денежных средств не позднее дня оказания услуги.

3. Сроки оказания услуг по дополнительному соглашению: Пациент получает медицинские услуги в день оплаты за исключением лабораторных исследований. Сроки оказания услуг по лабораторным исследованиям указаны в п. 1. настоящего дополнительного соглашения.

4. Настоящее дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора, вступает в силу с момента подписания сторонами.

5. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим дополнительным соглашением, стороны руководствуются положениями договора.

Исполнитель

ГУП «Петербургский метрополитен»

198216, Санкт-Петербург,
Трамвайный пр.22, корп.2
т.(812) 404-59-71

Заказчик

Пациент

(законный представитель пациента)

Гл. врач



Л.В. Тришанкова

(Подпись)

(Расшифровка)

(Подпись)

(Расшифровка)

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ УСЛУГ**

Я, _____,
паспорт серия _____, номер _____, выдан _____, _____; _____; _____, код подразд. _____,
- в доступной мне форме до заключения Договора и дополнительного соглашения к договору проинформирован сотрудниками ГУП «Петербургский метрополитен»), Поликлиника метрополитена о возможности получения медицинской помощи (медицинских услуг) без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи;
- выражаю свое желание и согласие на получение платной медицинской помощи на иных условиях, чем предусмотрено указанными выше программами государственных гарантий, в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг;
- при заключении договора мне предоставлена информация о конкретном медицинском работнике, оказывающем платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах.
- в доступной мне форме проинформирован сотрудниками ГУП «Петербургский метрополитен»), Поликлиника метрополитена о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

_____/_____
(Подпись) (Расшифровка) «__» _____ 20__ г.