Приложение 4

к приказу ГБУЗ Республики Мордовия «РОБ»

от 31.08.2023 г. № 175-а

**Дополнительное соглашение  
к договору оказания**

**платных медицинских услуг от \_\_\_.\_\_\_.20\_\_\_ № \_\_\_\_**

г. Саранск **\_\_\_.\_\_\_.**20**\_\_\_**г.

Исполнитель, в лице главного врача Василькиной Анны Николаевны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и Потребитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

с другой стороны, заключили дополнительное соглашение об оказании Потребителю дополнительных медицинских услуг:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование услуги | Кол-во | Срок ожидания услуги | Цена услуги | Стоимость |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
|  | Всего к оплате |  |  |  |  |

Дополнительное соглашение составлено в 2 (двух) экземплярах: для Исполнителя и Потребителя.

|  |  |
| --- | --- |
| **«ИСПОЛНИТЕЛЬ»**  Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Мордовия «Республиканская офтальмологическая больница»  430030, Республика Мордовия, г. Саранск, ул. Титова, 28  Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.Н. Василькина | **«ПОТРЕБИТЕЛЬ / ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ»**  Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тел: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) |