

**Дополнительное соглашение № \_\_\_\_\_**  
**к Договору на оказание платных медицинских**  
**и иных немедицинских услуг № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_**

г. Санкт-Петербург

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУ ФНКЦИБ ФМБА России), именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице \_\_\_\_\_, действующем на основании доверенности от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_, с одной стороны, и

*фамилия, имя и отчество (при наличии) гражданина (иностранного гражданина, лица без гражданства,*

*гражданство (в отношении иностранных граждан))*

дата рождения: \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «**Потребитель**», с другой стороны, а также

*фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя Пациента, плательщика*

именуемый в дальнейшем «**Заказчик**», именуемые совместно Стороны, составили настоящее дополнительное соглашение к Договору на оказание платных медицинских и иных немедицинских услуг № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ (далее – Договор) о нижеследующем:

1. В целях получения дополнительных платных услуг для Потребителя по ранее заключенному Сторонами Договору, Стороны согласовали проведение следующего перечня дополнительных платных услуг:

№ п/п	Наименование услуги	Код услуги и	Стоимость услуги, за одну единицу (руб.)	Кол-во, оказанных услуг (шт.)	Общая стоимость, оказанных услуг (руб.)	Скидка	Медицинский работник, Ф.И.О.	Срок (период) оказания медицинских услуг (при наличии)
<b>ИТОГО:</b>								
Сумма прописью: _____ рублей _____ копеек								
В т.ч. НДС _____ /без учета НДС (НДС не облагается на основании ст. 149 Налогового кодекса Российской Федерации)								

2. Исполнитель обязуется обеспечить надлежащий уровень качества оказания платных медицинских и иных услуг, а Потребитель/Заказчик оплатить их в соответствии с действующим Прейскурантом Исполнителя.
3. Все остальные условия Договора остаются неизменными.
4. Настоящее Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора, составлено в 2 экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
5. Настоящее Дополнительное соглашение вступает в силу с даты его подписания и действует в течение срока действия Договора.

6. Подписи Сторон

**Потребитель/ Заказчик:**

**Исполнитель:**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

**ФГБУ ФНКЦИБ ФМБА России**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
*Подпись* / *Ф.И.О.*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
*М.П.*

**АКТ № \_\_\_\_\_**  
**сдачи-приема оказанных платных услуг**

г. Санкт-Петербург

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУ ФНКЦИБ ФМБА России), именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице \_\_\_\_\_, действующем на основании доверенности от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. № \_\_\_\_ с одной стороны, и

\_\_\_\_\_  
*фамилия, имя и отчество (при наличии) гражданина (иностранного гражданина, лица без гражданства,*

\_\_\_\_\_  
*гражданство (в отношении иностранных граждан))*

дата рождения: \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «**Потребитель**», с другой стороны, а также

\_\_\_\_\_  
*фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя Пациента, плательщика*

именуемый в дальнейшем «**Заказчик**», именуемые в дальнейшем совместно Стороны, составили настоящий Акт сдачи-приема оказанных платных услуг (далее - Акт) к Договору об оказании платных медицинских и иных немедицинских услуг № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ о нижеследующем:

№ п/п	Наименование услуги	Код услуги и	Стоимость услуги, за одну единицу (руб.)	Кол-во, оказанных услуг (шт.)	Общая стоимость, оказанных услуг (руб.)	Скидка	Медицинский работник, Ф.И.О.	Срок (период) оказания медицинских услуг (при наличии)
<b>ИТОГО:</b>								
Сумма прописью: _____ рублей _____ копеек В т.ч. НДС _____ /без учета НДС (НДС не облагается на основании ст. 149 Налогового кодекса Российской Федерации)								

1. Вышеперечисленные платные услуги, оказанные Пациенту оказаны Исполнителем своевременно, в необходимом объеме, в количестве, установленном Перечнем(-ями) платных услуг, и в соответствии с требованиями, установленными Договором.
1. Потребитель/Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет. Оказанными услугами и их качеством удовлетворен.
3. Акт составлен в \_\_\_\_\_ экземплярах, имеющих равную юридическую силу по одному для каждой из Сторон.

**Потребитель/ Заказчик:**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Подпись* / \_\_\_\_\_  
*Ф.И.О.*

**Исполнитель:**

**ФГБУ ФНКЦИБ ФМБА России**

\_\_\_\_\_  
*М.П.*