

2. Медицинские услуги оказываются в срок: в день обращения Заказчика, в течении рабочего времени Исполнителя.
3. Общая стоимость медицинских услуг указана в п.п. 1 настоящего Дополнительного соглашения.
4. Настоящее дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора на оказание платных медицинских услуг от _____ .
В остальном, что не предусмотрено настоящим Дополнительным соглашением, Стороны руководствуются Договором на предоставление платных медицинских услуг от _____ .
5. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон, все экземпляры имеют равную юридическую силу. Третий экземпляр заполняется при условии наличия третьей стороны.

Результаты анализов прошу выслать на адрес электронной почты: _____ / _____ / _____ /
(подпись) (ФИО)

Второй, второй и третий экземпляры настоящего дополнительного соглашения получен _____ / _____ /
(нужное подчеркнуть) (подпись) (ФИО)

Настоящим подтверждаю, что при заключении Дополнительного соглашения мне в доступной форме предоставлена информация о возможности получения медицинской услуги бесплатно в объеме и на условиях, предусмотренных программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий оказания населению Саратовской области бесплатной медицинской помощи

_____ / _____ /
(подпись) (ФИО)

Адреса и реквизиты сторон

Заказчик/Потребитель:

ФИО _____

Зарегистрирован: _____

телефон: _____

Исполнитель:

ООО «Медицинский Ди Центр и К»

Юр. Адрес: 413100, г. Энгельс, ул. М. Горького, д.26

Тел. (8453)51-22-51

ИНН 6449065950 КПП 644901001

ОГРН 1126449003053

р/с 40702810904000309028 в

АО «Экономбанк» г. Саратов

к/с 30101810100000000722;

БИК 046311722;

Генеральный директор

_____ / _____ /
(подпись)

_____ О.Н. Хижнякова