|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **ПРИЛОЖЕНИЕ К ДОГОВОРУ** | | |
| **возмездного оказания медицинских услуг** | | |
| **от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. №\_\_\_\_\_\_\_** | | |
|  | | |
| **г. Иркутск** |  | **«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.** |
|  | | |

В соответствии с п. 1.1 Договора возмездного оказания медицинских услуг заключенного между Клиникой и Законным представителем, Клиника обязуется по заданию Законного представителя оказать медицинские услуги (далее – «Услуги»), а Законный представитель обязуется принять и оплатить эти Услуги:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ пп** | **Номенклатурный код медицинских услуг** | **Наименование медицинских услуг** | **Стоимость медицинских услуг** | **Количество** | **Сумма** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| **Сумма для оплаты по настоящему Приложению составляет: 0 000 (ноль ноль ноль ноль) руб. 00 коп** | | | | | |

**Реквизиты и подписи сторон:**

|  |  |
| --- | --- |
| **КЛИНИКА:** | **ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ:** |
| Общество с ограниченной ответственностью  «Клиника Байкал-медикл»  ИНН: 3808192041  КПП: 380801001  ОГРН: 1153850043335  Юридический адрес: 664025, г.Иркутск,б-р Гагарина,44,офис 2-01  Фактический адрес: 664025, г.Иркутск,б-р Гагарина,44,офис 2-01  Банк: Филиал "Центральный" Банка ВТБ (ПАО) в г.Москва  р/с: 40702810908030004378  к/с: 30101810145250000411  БИК: 044525411  Электронная почта: 455656@baikalmedikl.ru.  Телефон: 8 (3952) 45-56-56 | ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Данные документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| выдан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г. |
| кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Иные адреса для направления письменного ответа: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| Договор прочитан мною лично, условия мне разъяснены и понятны |
|  |
|  |  |
| Генеральный директор  Виноградова Елена Юрьевна /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| М.П. |  |
|  |  |