

**ДЛЯ АНОНИМНЫХ ПАЦИЕНТОВ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ К ДОГОВОРУ**

на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ 2024г.

г. Ростов-на-Дону _____ г.

Общество с ограниченной ответственностью Медицинский Центр «ЮгМедТранс» (344029, г. Ростов-на-Дону, ул. Металлургическая 102/2, кв. 401), именуемой в дальнейшем «Исполнитель», зарегистрированное Инспекцией ФНС по Первомайскому району г.Ростова-на-Дону 21.11.2008г., ОГРН 1086166003813, ИНН 6166067811, в лице главного врача Бурмистрова Евгения Витальевича, действующего на основании Устава и лицензии на медицинскую деятельность № Л041-01050-61/00328824 ОТ 11 НОЯБРЯ 2019 г. ,(срок действия – бессрочно), выданной Министерством Здравоохранения Ростовской области (адрес Минздрава РО 344029, г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной Армии, 33, тел.(863)242-30-96), перечни работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность: по адресу: 346400, Ростовская область, г. Новочеркасск, ул. Алюминиевая площадка выполняемые работы, оказываемые услуги:

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:лечебному делу; медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); дерматовенерологии; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; рентгенологии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе профессиональной пригодности; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым); медицинским осмотрам (профилактическим);

При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством; психиатрическому освидетельствованию, с одной стороны, и гражданина РФ

ф.и.о полностью, адрес регистрации, данные документа, удостоверяющего личность, указывается со слов потребителя именуемый в дальнейшем «Потребитель» (заказчик с другой стороны), заключили дополнительное соглашение к договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ г.. о нижеследующем:

1. В соответствии с п. 1.2. Договора на оказание платных медицинских услуг Исполнитель оказывает Потребителю следующие медицинские услуги:

№	Наименование	Кол-во	Цена	Сумма
1.				
2.				
Всего				

Срок оказания услуг с _____ г. по _____ г. Срок ожидания данных услуг: в порядке живой очереди, не более 3-х часов.

**Стоимость указанных выше медицинских услуг составляет: _____ (_____)
рублей 00 копеек)**

2. Настоящее дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора № _____ от _____ 2024г.

3. Настоящее дополнительное соглашение составлено в 2-х подлинных экземплярах, по одному для каждой из сторон.

Подписи сторон.

Исполнитель: Юридический адрес: г.Ростов-на-Дону, ул. Металлургическая, 102/2 Фактический адрес: г.Ростов-на-Дону, ул. Металлургическая, 102/2 БИК 046015762 Код ОКАТО 60401378000 Код ОКПО 89206651 ИНН/КПП 6166067811/615045001 ОГРН 1086166003813 Главный врач Бурмистров Е.В	Потребитель: (данные УКАЗЫВАЮТСЯ СО СЛОВ ПОТРЕБИТЕЛЯ) Ф.И.О. _____ Теле- фон: _____ Адрес: _____ _____ Данные документа, удостоверяющего личность Потребитель _____ _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

