

Дополнительное соглашение
к договору оказания платных медицинских услуг от _____ .20 _____ № _____

г. Бирск

«___» _____ 20____ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкорстан Бирская центральная районная больница, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и

_____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили дополнительное соглашение об оказании Потребителю дополнительных медицинских услуг:

| № п/п | Наименование медицинской услуги | Код услуги | Количество | Стоимость | Сумма |
|--------|---------------------------------|------------|------------|-----------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ИТОГО: | | | | | |

Дополнительное соглашение составлено в 2 (двух) экземплярах и является неотъемлемой частью договора оказания платных медицинских услуг от _____ .20 _____ № _____ : для Исполнителя и Потребителя.

Реквизиты и подписи сторон:

Исполнитель

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкорстан Бирская центральная районная больница
адрес: 452450, Республика Башкортостан, город Бирск, улица Коммунистическая, дом 120
ОГРН: 1020201684690
ИНН: 0257002433
Банковские реквизиты:
ЕКС 40102810045370000067
Номер казначейского счета 0322464380000000100
ОТДЕЛЕНИЕ-НБ РЕСПУБЛИКА БАШКОРТОСТАН
БАНКА РОССИИ//УФК по Республике Башкортостан
г. Уфа
БИК 018073401,
Наименование получателя: Министерство финансов Республики Башкорстан (ГБУЗ РБ Бирская ЦРБ л/сч 20112041190)

[должность, подпись, инициалы, фамилия]

Потребитель

[фамилия, имя и отчество (при наличии)]
проживающий(ая) по адресу: _____

[адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения]

[иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения]
паспорт:

[данные документа, удостоверяющего личность]
телефон:

(подпись) (инициалы, фамилия)