**Приложение 1 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ**

**В СООТВЕТСТВИИ С ДОГОВОРОМ, И СРОКИ ИХ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ**

Медицинское учреждение **ООО «Инто-Стил» клиника «МД плюс»**, юридический адрес: 450064, РБ, г.Уфа, ул. Первомайская, 5, тел. 216-15-15, внесенный в Единый государственный реестр юридических лиц Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 33 по РБ за государственным регистрационным № 2080277057496 в даль­нейшем именуемое **«Исполнитель»**, на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности ЛО-02-01-006927 г. от 28.02.2019 выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, расположенному по адресу: 450002, РБ, г. Уфа, ул .Тукаева, д.23, тел: 250-33-10, и действующее по адресам: 450064, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Первомайская, д. 5, 450105, Республика Башкортостан, г.Уфа, ул. Маршала Жукова, д. 24/1, в лице администратора\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, на основании доверенности № 1 от «01» января 2019 г., с одной стороны,

**и «Потребитель»,** в лице: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подписали настоящее приложение к действующему договору о том, что:

1. На условиях действующего Договора «Исполнитель» обязуется оказать «Потребителю» на возмездной основе медицинские услуги отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, в рамках действующей лицензии, а «Потребитель» обязуется принять и оплатить медицинские услуги, оказанные «Исполнителем» в объёме и в сроки, указанные в данном приложении в составе:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п |  **Наименование услуги** | Ответственный | Срок оказания |  **Кол-во Ед.** | **Цена** | **Сумма** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **ИТОГО:** |  |

2. Стоимость медицинских услуг составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прописью) и определяется на основании действующего Прейскурант согласованного с «Потребителем» в соответствии с п. 2.1 настоящего Договора.

3. «Потребитель» производит оплату медицинских услуг любыми не противоречащими действующему законодательству РФ, способами.

4. Факт оказания медицинской услуги оформляется актом выполненных работ подписанный сторонами. В случае выполнения медицинских исследований, фактом выполнения работ являются результаты исследований.

**«Исполнитель»** С условиями договора согласен **«Потребитель»**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**От <**Дата**> От <**Дата**>**