**Приложение № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.**

 **к Договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г. на оказание платных медицинских услуг**

*(с Потребителем)*

 **«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_ г.**

**Исполнитель: ООО «Три-З»,** в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, и **Потребитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (Ф.И.О. полностью, дата рождения Потребителя)

1. По настоящему приложению Исполнитель обязуется оказать Потребителю нижеуказанные платные медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код услуги согласно прейскуранту  | Наименование платных медицинских услуг | Кол-во услуг | Цена услуги (руб.) | Сумма услуг (руб.) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**ИТОГО:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(сумма прописью)

2. Место оказания услуг:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

3. Услуги оказываются Потребителю в день подписания настоящего приложения.

**Исполнитель:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи) (должность)

**Потребитель** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)