

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
к Договору № _____ от _____._____.2024г.
на оказание платных медицинских услуг

г. Тверь _____, 2024г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Тверской государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России), лицензия Л041-00110-69/00342324 от 10.07.2020г., именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице _____, действующего на основании доверенности № _____ от _____._____._____.г., с одной стороны, Пациент (законный представитель) - _____, история болезни № _____, именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель"(законный представитель), с другой стороны, и "Заказчик" (при его наличии), действующий в интересах "Потребителя". с другой стороны, совместно именуемые "Стороны", заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. В рамках оказания Потребителю медицинских услуг по Договору № _____ от _____._____.2024г. Исполнитель передает, а Потребитель принимает аппарат для лечения нарушения дыхания во сне типа WM 100TD (заводской № 30139108, инвентарный № 21012400001637) для инициации СИПАП (БиПАП) (далее - аппарат) - терапия в домашних условиях продолжительностью () день (дня) с _____._____.2024г. по _____._____.2024г.
2. Потребитель обязан вернуть аппарат в день, следующий после завершения терапии в домашних условиях, указанной в п. 1 настоящего дополнительного соглашения.
3. Потребитель обязан в день подписания настоящего дополнительного соглашения оплатить стоимость использования аппарата в соответствии с Прейскурантом. Всего _____ () рублей, из расчёта стоимости _____ руб за один день.
4. В случае нарушения сроков возврата аппарата Потребитель оплачивает штраф за каждый день просрочки из расчёта стоимости, указанной в п. 3 настоящего дополнительного соглашения, из расчёта стоимости в день, умноженной на количество дней просрочки возврата аппарата, включая день
5. В случае просрочки возврата аппарата более чем на 10 (десять) календарных дней, Потребитель компенсирует Исполнителю стоимость аппарата в размере 190 000 (сто девяносто тысяч) рублей в течение 3 (трёх) банковских дней с даты истечения срока, установленного в настоящем пункте.
6. Подписанием настоящего дополнительного соглашения Стороны подтверждают передачу аппарата в исправном состоянии в установленный срок и принятию его Потребителем. Составление иного документа о передаче аппарата не требуется.
7. Настоящее дополнительное соглашение является неотъемлемым приложением к договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____._____.2024г., составлено на русском языке, в двух подлинных экземплярах, имеющих равную юридическую силу по одному для каждой из Сторон.
8. Адреса, банковские реквизиты и подписи Сторон:

Исполнитель:

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

Адрес юридический : 170100, Российская Федерация, Тверская область, г. Тверь, ул. Советская, д. 4.

Тел.: (4822) 42-20-28, тел/факс. 42-28-59 поликлиника ; тел/факс 53-85-91, тел. 50-55-83 - клиника

ОГРН 1026900571059 ИНН 6905010888 КПП 695001001

Л/сч. 20366Х12820 Код дохода 0000000000000000130 Банковский счёт 03214643000000013600

Кор.счёт 40102810545370000029 в Отделении Тверь Банка России // УФК по Тверской области г.Тверь БИК 012809106

Свидетельство серия 69 № 000720794 выдано 11.12.2002г. Межрайонной инспекцией Министерства РФ по налогам и сборам № 1 по Тверской област.

Лицензия на медицинскую деятельность № Л041-00110-69/00342324 выдана 10.07.2020г. Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Управление Росздравнадзора по Тверской области) адрес: 170100 г. Тверь, ул. Советская д. 35 корп. 1 тел./факс 8(4822)35-85-88

_____/_____

МП

Потребитель:	Законный представитель:
фамилия, имя и отчество (если имеется)	фамилия, имя и отчество (если имеется)
Зарегистрирован по адресу:	Зарегистрирован по адресу:
Адрес места фактического проживания жителя:	Адрес места фактического проживания жителя:
телефон _____	телефон _____ ()

Заказчик:
