Дополнительное соглашение № 1

к договору публичной оферты

на оказание платных медицинских услуг

**«ВАШ ПЕДИАТР КОНСТРУКТОР»**

ДАТА

**ООО «А медклиник»,** (далее – **Исполнитель**)в лице исполняющего обязанности генерального директора Турчинской Анастасии Игоревны, действующего на основании Доверенности № 14/03 от 14.03.2024г, с одной стороны и **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (далее – **Потребитель**), в интересах которого действует (при наличии) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, (далее – **Заказчик**, в случае отсутствия **Заказчика** далее в тексте под **Заказчиком** подразумевается **Потребитель**), с другой стороны, совместно именуемые **Стороны**, заключили настоящее Дополнительное соглашение (далее – **Соглашение**) к договору оказания платных медицинских услуг (далее – **Договор**) о нижеследующем:

1. **Исполнитель** обязуется оказывать **Потребителю** медицинские услуги по договору «Ваш педиатр конструктор» согласно перечню услуг, изложенному в п. 9 в течение 12 месяцев с **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, до **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, а **Заказчик** обязуется оплатить медицинские услуги согласно стоимости, указанной в п. 5.
2. **Исполнитель**, включая обязательства по Договору, также обязуется: Информировать **Потребителя** о возможных осложнениях для ребенка, а также о рисках отказа от госпитализации.
   1. Давать полную информацию **Потребителю** о необходимых профилактических и лечебных мероприятиях.
   2. Назначать, согласовывать дату посещения **Потребителем** врача педиатра и других специалистов.
3. **Потребител**ь, включая обязательства по договору, также обязуется:
   1. Предоставлять полную и достоверную информацию медицинскому персоналу **Исполнителя**, непосредственно оказывающему услуги **Потребителю** (далее – **Врач**) о состоянии своего здоровья, правдиво информировать Врача до оказания медицинских услуг о перенесённых или возникших заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях и сообщать другие сведения, необходимые для качественного оказания медицинских услуг.
   2. В случае возникновения болевых ощущений или ухудшения самочувствия в срочном порядке обратиться к Врачу.
   3. В случае параллельного наблюдения в других клиниках уведомить Врача о назначениях и результатах обследования.
4. Взаимоотношения сторон в рамках Соглашения вступают в силу с момента подписания Соглашения и продолжают действовать до исполнения Сторонами своих обязательств. Исполнение обязательств, указанных в п. 1 Соглашения, не влечёт расторжение Договора.
5. Стоимость услуг **Исполнителя** согласно перечню, указанному в п. 9, составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).
6. В случае отказа **Потребителя** от услуги «Ваш педиатр конструктор» у **Исполнителя** по медицинским показаниям (по представлению заключения Врача), **Исполнитель** возвращает **Заказчику** уплаченные по Соглашению денежные средства за вычетом стоимости фактически оказанных **Исполнителем** услуг, пересчитанных согласно Прейскуранту, действующему на момент отказа. В случае отказа **Потребителя** от ведения детства по иным причинам, **Исполнитель** возвращает **Заказчику** денежные средства на аналогичных условиях, но в таком случае **Исполнител**ь вправе (но не обязан) удержать неустойку в размере 25% от оставшейся к выплате суммы.
7. Соглашение является неотъемлемой частью Договора. Во всех взаимоотношениях Сторон, не урегулированных в настоящем Соглашении, Стороны руководствуются Договором и действующим законодательством РФ.
8. Соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны. При наличии **Заказчика** Соглашение составляется в трёх экземплярах.

1. **ПЕРЕЧЕНЬ УСЛУГ:**

**ПОДАРКИ**:

10% скидка на все услуги медицинского центра А Медклиник в т.ч. и для близких родственников (не действует на: на комплексные программы, выезды специалистов на дом, онлайн-консультации, генетические тесты)  
10-20% скидки у наших партнеров (детские товары, нижнее белье и многое другое)  
Бесплатная парковка на услуги из контракта, филиал не имеет значения

ВСЕ ПОДРОБНОСТИ ПРИШЛЕМ ВАМ НА ПОЧТУ ПОСЛЕ ОПЛАТЫ!

1. **РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** ООО «А медклиник»  ИНН 9705149334  КПП 770501001  Место нахождения: 115054, Москва г, Монетчиковский 3-й пер, дом 16, строение 1  Р/с 40702810601880001351 в АО «АЛЬФА-БАНК»  БИК 044525593(ИНН 7728168971, ОГРН 1027700067328)  Тел. +7 (495) 741-10-01, почта: [south@amed.clinic](mailto:south@amed.clinic) | и.о. генерального директора  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Турчинская А.И. |
| Потребитель: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (фамилия, имя, отчество)  Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Свидетельство о рождении: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |
| Заказчик (при наличии): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |