

**Дополнительное соглашение № \_\_\_\_\_**

на оказание платных медицинских услуг несовершеннолетнему с 15 до 18 лет

к договору оказания платных стоматологических услуг № \_\_\_\_\_ От « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
г. Москва « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «МиПоль», именуемое в дальнейшем «Клиника», в лице директора Завадич А.А., действующего на основании Устава, действующий на основании лицензии № ЛО-77-01-009598 от 15 января 2015 года на оказание медицинских услуг с одной стороны и

\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем Пациент, и,  
(ФИО пациента, возраст)

\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем Плательщик,  
(ФИО Плательщика)

с другой стороны, заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. Клиника обязуется осуществить оказание платных стоматологических услуг Пациента, а Плательщик обязуется оплатить оказанные услуги.
2. Настоящее Дополнительное соглашение подготовлено в двух экземплярах и вступает в силу с момента подписания его Сторонами.

**VI. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

**Клиника:**

Исполнитель: ООО «МиПоль» Юридический  
адрес: 125466, г. Москва, Куркинское ш., д.17,  
Фактический адрес: 125466, г. Москва,  
Куркинское ш., д.17, п/с  
40702810100330000483  
к/с 30101810300000000503 ИНН/КПП  
7733824643 / 773301001 БИК 044583503 В  
ОАО «СМП Банк» г. Москвы Ген. директор  
Завадич Анастасия Анатольевна  
Подпись  
Тел: 8(499)401-99-77

**Пациент:**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Паспорт: \_\_\_\_\_ Серия \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Выдан: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
Адрес: \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_  
Подпись пациента \_\_\_\_\_