

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
К ДОГОВОРУ ОБ ОКАЗАНИИ
ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
ОБ ОБСЛУЖИВАНИИ ДЕТЕЙ
ОТ 2-Х ДО 3-Х ЛЕТ**

«__» _____ 20__ года

г. Химки

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Гиппократ»», именуемое в дальнейшем «Клиника», в лице Генерального директора Сархадова Назира Шихмирзаевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

(Фамилия имя, отчество представителя законного представителя Пациента)

являющийся законным представителем _____

(Фамилия, имя, отчество Пациента в родительном падеже и его дата рождения)

именуемого в дальнейшем «Пациент», вместе именуемые «Стороны», заключили настоящее Дополнительное соглашение об индивидуальном обслуживании в течение года к Договору об оказании платных медицинских услуг № _____ от «__» _____ 20____ года (далее – Дополнительное соглашение о наблюдении первого года жизни) о нижеследующем:

1. Термины и сокращения

В целях настоящего Дополнительного соглашения к договору об оказании платных медицинских услуг об обслуживании детей от 1 года до 3- лет используются термины и сокращения Договора об оказании платных медицинских услуг.

2. Предмет договора

2.1. Клиника предоставляет Пациенту по его желанию медицинские услуги в объеме, предусмотренном пунктом 3 настоящего Дополнительного соглашения о наблюдении первого года жизни.

2.2. Настоящее Дополнительного соглашения к договору об оказании платных медицинских услуг об обслуживании детей от 2-х до 3-х лет распространяется на Пациентов, проживающих на расстоянии не более 5 (пяти) километров от места расположения Клиники.

2.3. Дополнительного соглашения к договору об оказании платных медицинских услуг об обслуживании детей от 2-х до 3-х лет вступает в силу со дня его подписания и действует в течение 12 месяцев со дня его подписания.

3. Порядок оказания услуг

3.1. В течение срока действия Дополнительного соглашения к договору об оказании платных медицинских услуг об обслуживании детей от 2-х до 3-х лет Клиника обязуется оказать Пациенту следующие услуги:

	Всего	2,0 года	2,3 года	2,6 года	3,0 года
Профилактический приём педиатра	3	1	1	1	1
Прием педиатра на дому	1	1			
Экстренный прием педиатра на дому при остром заболевании	3	-	-	-	-
Профилактический прием детского стоматолога	1	1			
Профилактический прием детского невролога	1	1			
Профилактический прием детского офтальмолога	1	1			
Профилактический прием детского отоларинголога	1	1			
Профилактический прием ортопеда	1	1			
Профилактический прием детского акушера-гинеколога (для девочек)	1				1
Профилактический прием детского уролога (для мальчиков)	1				1
Лабораторные исследования					

Общий анализ крови	1	1			
Электрокардиография(ЭКГ)	1	1			
Общий анализ кала (копрограмма, исследования кала на простейших, яйцегельмитнов)	1	1			
Общий анализ мочи	1	1			
Медицинские документы					
Листки нетрудоспособности по уходу за ребенком	без ограничений				
Справки для Пациента	без ограничений				
Выписки из амбулаторной карты Пациента	без ограничений				

3.2. Услуги среднего – медицинского персонала (осуществляются по направлению врача-педиатра).

3.2.1 Все виды медицинских манипуляций на базе клиники: забор биологического материала для лабораторных исследований (строго по программе); внутривенные струйные, внутримышечные, подкожные инъекции.

3.3. Ведение амбулаторной медицинской документации клиента (включая компьютерную версию), выдача медицинских справок, выписок.

3.4. Профилактический осмотр педиатра перед вакцинацией в составе плановой ежемесячной и проведение профилактической вакцинации на базе клиники (осуществляется по направлению врача-педиатра, за исключением прививки против пневмококковой инфекции, при условии их наличия у Исполнителя):

- с 2 лет до 3 лет – проведении реакции Манту;

- с 2 лет до 3 лет – прививка против гриппа;

- 2 лет до 3 лет – прививка от ветряной оспы (если не был привит ранее)

Вакцинация, осуществляется согласно национальному календарю прививок отечественными или импортными вакцинами, за исключением прививки против пневмококковой инфекции.

Диагностические лабораторные услуги перед вакцинацией (осуществляется при необходимости по направлению врача – педиатра).

3.5. Распределение услуг по отдельным периодам носит рекомендательный характер. При желании Пациента указанные в пункте 3.1 услуги могут быть оказаны в другие месяца.

3.6. Пациент осуществляет запись к специалистам самостоятельно.

3.7. Прием ведет любой из врачей, запись к которому возможна в момент обращения Пациента.

3.8. При необходимости Пациенту могут быть оказаны не перечисленные выше медицинские услуги (дополнительные услуги) в соответствии с действующим Прейскурантом.

4. Порядок расчетов между Сторонами

4.1. Пациент оплачивает услуги в соответствии с настоящим Дополнительного соглашения к договору об оказании платных медицинских услуг об обслуживании детей от 2-х до 3-х лет в размере 24000,00 (Двадцать четыре тысячи) рублей в полном объеме в день его подписания.

4.2. При расторжении настоящего Дополнительного соглашения к договору об оказании платных медицинских услуг об обслуживании детей от 2-х до 3-х лет денежные средства, поступившие в его оплату, возвращаются Пациенту с учетом стоимости фактически оказанных услуг в соответствии с Прейскурантом, действующим на день расторжения.

4.3. Пациенту в течение срока действия контракта предоставляется скидка в размере 5 (Пять) процентов на дополнительные услуги, назначенные в рамках данного Дополнительного соглашения к договору об оказании платных медицинских услуг об обслуживании детей от 2-х до 3-х лет, за исключением стоматологических услуг, акций и спец. предложений.

4.4. Дополнительные услуги оплачиваются Пациентом отдельно в соответствии с действующим на момент оказания таких услуг Прейскурантом.

5. Реквизиты сторон

Клиника:

ООО «Медицинский центр «Гиппократ»»

Пациент:

ИНН 5047136983 КПП 504701001

ОГРН 1125047017545 ОКПО 18054516

Расчетный счет 40702810040000001833 в ПАО «Сбербанк»

БИК 044525225

Кор. счет 30101810400000000225 в Главном управлении
Центрального банка Российской Федерации по Центральному
федеральному округу г. Москва

Генеральный директор _____ Сархадов Н.Ш.

М.П.

(Фамилия, имя, отчество законного представителя Пациента)

Паспорт _____

Выдан _____

кем

_____ когда

Адрес _____

Контактный телефон _____

_____ (подпись законного представителя Пациента)