КЛИНИКА ПЕРЕВОЗНИКОВА и СОЛТАНОВОЙ

Приложение Б

к Оферте ООО «Солодент» в редакции № 1 от 01.12.2026 г.

СОГЛАСОВАНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Москва «__» _____ 20_ г.

Пациент: _____
(Ф.И.О. полностью)
Дата рождения: «___» _____ _____ г.

В ходе лечения по основному Плану лечения выявлена необходимость оказания дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных первоначальной сметой.

Перечень дополнительных услуг:

№	Наименование медицинской услуги (код по номенклатуре)	Обоснование (медицинские показания)	Кол-во	Стоимость, руб.
1				
2				
3				

Итого дополнительно: _____ руб.
Общая стоимость лечения с учетом дополнительных услуг: _____ руб.

Согласие Пациента:

Я, _____, ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью и медицинскими показаниями для оказания дополнительных услуг. Мне разъяснены возможные риски и альтернативные варианты.

Настоящим подтверждаю свое письменное согласие на оказание и оплату указанных дополнительных медицинских услуг.

Я уведомлен(а), что фактическое принятие услуги без настоящего письменного согласия не считается согласием (п. 3.3 Оферты).

Подписи Сторон:

Пациент (Законный представитель): _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

Врач: _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)