

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
к договору на оказание платных медицинских услуг № _____
от « ____ » _____ 20__ г.

Пациент (Потребитель)

(Ф.И.О. физического лица)

« ____ » _____ года рождения, паспорт серия _____ № _____
Выдан « ____ » _____ года, _____ адрес

Телефон: +7 (9 ____) _____ - _____ - _____ e-mail: _____

и **Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Семейной Стоматологии» (ООО «КСС»)**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее Соглашение о нижеследующем.

Стороны договорились о том, что положения статьи 16 Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 года N 2300-I "О защите прав потребителей" в редакции Федерального закона от 01.05.2022г. №135-ФЗ "О внесении изменения в статью 16 Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей", устанавливающие перечень недопустимых условий договора, ущемляющих права потребителя, распространяются на отношения, возникшие из ранее заключенного Сторонами договора на оказание платных медицинских услуг.

Условия ранее заключенного Договора на оказание платных медицинских услуг, противоречащие требованиям статьи 16 Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 года N 2300-I "О защите прав потребителей" в редакции Федерального закона от 01.05.2022г. №135-ФЗ "О внесении изменения в статью 16 Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей", признаются недействительными.

Настоящее Соглашение вступает в действие 01 сентября 2022 года и действует в течении всего срока исполнения ранее заключенного Договора на оказание платных медицинских услуг.

Реквизиты и подписи Сторон:

«Исполнитель»

Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Семейной Стоматологии» (ООО«КСС»),
445022, Самарская область, город Тольятти, улица Толстого, дом 34, тел.: (8482) 69-19-11
ИНН 6324047289, КПП 632401001, ОГРН 1146324001603, р/с 407 028 101 101 900 09411
Филиал "Центральный" Банка ВТБ (ПАО) Г.МОСКВА, к/с 30101810145250000411, БИК
044525411
e-mail: info@dosvam.ru
Администратор

_____ / _____ /
подпись _____ расшифровка

«Пациент»

(Ф.И.О. полностью)

Сведения о документе удостоверяющем личность:
Паспорт _____ Паспорт гражданина РФ, серия: _____, № _____, выдан: _____ года,
Адрес регистрации: _____.

√ _____ / _____ /
подпись _____ (Ф.И.О.)