

Приложение № 3
к договору на оказание и оплату
медицинской помощи по обязательному
медицинскому страхованию
«01» января 20242024/047

Дополнительное соглашение
к договору на оказание и оплату медицинской помощи
по обязательному медицинскому страхованию
от _____ 2024 № _____

(дата договора)

(номер договора)

Г. _____
(место заключения дополнительного соглашения)

«__» _____ 20__ Г.
(дата заключения дополнительного соглашения)

№ _____
(номер дополнительного
соглашения)

(наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования)
именуемый _____ в _____ дальнейшем «Фонд», _____ в _____ лице
(наименование должности руководителя или уполномоченного им лица)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))
действующего (ей) на основании _____
_____, с одной стороны,
(устав, доверенность, приказ или иной документ, удостоверяющий полномочия),
страховая медицинская организация _____

_____ в лице
(наименование страховой медицинской организации)

(наименование должности руководителя или уполномоченного им лица)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))
действующего (ей) на основании _____
_____,
(устав, доверенность, приказ или иной документ, удостоверяющий полномочия)

именуемая _____ в _____ дальнейшем «Страховая медицинская организация»²,
с _____ другой _____ стороны

¹ Повторяется количество раз, равное числу страховых медицинских организаций, включенных в реестр страховых медицинских организаций.

(наименование медицинской организации, включенной в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования)

именуемое (ая) в дальнейшем «Организация», в лице

(наименование должности руководителя медицинской организации или уполномоченного им лица)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

действующего (ей) на основании _____,

(устав, доверенность или иной документ, удостоверяющий полномочия)

с третьей стороны, далее при совместном упоминании именуемые «Стороны», в соответствии с пунктом 27 Договора об оказании и оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию от «__» _____ 20__ г. № _____ (далее – Договор) заключили
(указывается дата и номер Договора)

настоящее Дополнительное соглашение к Договору о нижеследующем:

1. Внести в Договор следующие изменения:³

1.1. В преамбуле Договора:

1.1.1. Сведения о Фонде изложить в следующей редакции:

«_____»,

(наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования)

именуемый в дальнейшем «Фонд», в лице

(наименование должности руководителя или уполномоченного им лица)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

действующего (ей) на основании _____,

(устав, доверенность, приказ или иной документ, удостоверяющий полномочия)

1.1.2^{1,4}. Сведения о Страховой медицинской организации изложить в следующей редакции:

«_____» в лице

(наименование страховой медицинской организации)

(наименование должности руководителя или уполномоченного им лица)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

действующего (ей) на основании _____

² В случае если в реестре страховых медицинских организаций присутствует более одной страховой медицинской организации, указывается «именуемые в дальнейшем «Страховая медицинская организация».

³ Указываются только пункты и разделы Договора, в которые вносятся изменения (дополнения). В Дополнительном соглашении используется последовательная нумерация пунктов.

⁴ Используется, если в реестр страховых медицинских организаций включена только одна страховая медицинская организация.

_____,».
(устав, доверенность, приказ или иной документ, удостоверяющий полномочия)

1.1.2^{1,5}. Следующие сведения о Страховой медицинской организации

« _____ в лице
(наименование страховой медицинской организации)

(наименование должности руководителя или уполномоченного им лица)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

действующего (ей) на основании _____

_____,»
(устав, доверенность, приказ или иной документ, удостоверяющий полномочия)

изложить в следующей редакции:

« _____ в лице
(наименование страховой медицинской организации)

(наименование должности руководителя или уполномоченного им лица)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

действующего (ей) на основании _____

_____,»
(устав, доверенность, приказ или иной документ, удостоверяющий полномочия)

1.1.3. Сведения об Организации изложить в следующей редакции:

« _____,
(наименование медицинской организации, включенной в реестр медицинских организаций,
осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования)

именуемое (ая) в дальнейшем «Организация», в лице _____

(наименование должности руководителя медицинской организации или уполномоченного им лица)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

действующего (ей) на основании _____

_____,»
(устав, доверенность или иной документ, удостоверяющий полномочия)

1.1.4. Приложение № 1 к Договору изложить в редакции согласно приложению № ____ к настоящему Дополнительному соглашению.

1.1.5. Приложение № 2 к Договору изложить в редакции согласно приложению № ____ к настоящему Дополнительному соглашению.

⁵ Используется, если в реестр страховых медицинских организаций включено более одной страховой медицинской организации.

1.1.6. Приложение № 3 к Договору изложить в редакции согласно приложению № _____ к настоящему Дополнительному соглашению.

1.1.7¹. Пункт 31.1 изложить в следующей редакции:⁶

«31.1. _____,
(наименование обособленного структурного подразделения Организации)

_____,
(местонахождение обособленного структурного подразделения Организации)

КПП _____ Банковские реквизиты: _____

_____,
(наименование учреждения Банка России, в котором открыт единый казначейский счет)

БИК _____, Единый казначейский счет _____,
(указывает банковский идентификационный код
территориального органа Федерального казначейства)

Казначейский счет _____, Лицевой счет _____,
открытый в _____».
(наименование территориального органа Федерального казначейства,
в котором открыт казначейский и лицевой счет)

1.1.7². Пункт 31.1 признать утратившим силу.⁷

1.1.8¹. Пункт 31.2 изложить в следующей редакции⁷:

«31.2. _____,
(наименование обособленного структурного подразделения Организации)

_____,
(местонахождение обособленного структурного подразделения Организации)

КПП _____ Банковские реквизиты: _____

(указывается КПП обособленного
структурного подразделения)

_____,
(наименование банка, в котором открыт расчетный счет обособленного структурного подразделения)

ИНН _____, КПП _____,
(указывается ИНН банка) (указывается КПП банка)

БИК _____, Расчетный счет _____,
(указывается банковский идентификационный код) (указывается расчетный счет)

Корреспондентский счет _____».
(указывается корреспондентский счет)

1.1.8². Пункт 31.2 признать утратившим силу⁸.

1.1.9. Дополнить договор пунктом 31.3 следующего содержания:

«31.3. _____,
(наименование обособленного структурного подразделения Организации)

_____,
(местонахождение обособленного структурного подразделения Организации)

⁶Указывается либо пункт 1.1.7¹ или 1.1.7² в зависимости от вносимого изменения в Договор.

⁷Указывается либо пункт 1.1.8¹ или 1.1.8² в зависимости от вносимого изменения в Договор.

КПП _____ Банковские реквизиты: _____
 (указывается КПП обособленного
 структурного подразделения)

 (наименование банка, в котором открыт расчетный счет обособленного структурного подразделения)

ИНН _____, КПП _____,
 (указываетсяИНН банка) (указываетсяКПП банка)

БИК _____, Расчетный счет _____,
 (указывается банковский идентификационный код) (указываетсярасчетный счет)

Корреспондентский счет _____».
 (указываетсякорреспондентский счет)

1.1.10. Раздел IX Договора «Местонахождение и реквизиты Сторон»
 изложить в следующей редакции:

«IX. Местонахождение и реквизиты Сторон

Фонд:

Страховая медицинская
 организация:

Организация:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
(полное наименование организации)	(полное наименование организации)	(полное наименование организации)

Местонахождения:

Местонахождения:

Местонахождения:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Банковские реквизиты:

Банковские реквизиты:

Банковские реквизиты⁸:

БИК территориального
 органа Федерального
 казначейства и
 наименование учреждения
 Банка России, в котором
 открыт единый
 казначейский счет

БИК _____
 Расчетный счет _____

Корреспондентский счет _____

Наименование банка _____

ИНН банка _____

КПП банка _____

БИК _____
 Расчетный счет _____

Корреспондентский счет _____

Наименование банка _____

ИНН банка _____

КПП банка _____

Единый казначейский счет _____

⁸ В случае если Организация создана в форме государственного (муниципального) учреждения, банковские реквизиты Организации указываются по форме, предусмотренной для указания банковских реквизитов Фонда.

Казначейский счет	ИНН _____	ИНН _____
_____	КПП _____	КПП _____
Лицевой счет	ОГРН _____	ОГРН _____

Наименование территориального органа Федерального казначейства, в котором открыты казначейский и лицевой счета		

ИНН/КПП _____		
ОГРН _____		
ОКТМО _____		

1.1.11. Раздел X Договора «Подписи Сторон» изложить в следующей редакции:

«X. Подписи Сторон

Фонд:	Страховая медицинская организация:	Организация:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
(полное наименование организации)	(полное наименование организации)	(полное наименование организации)
_____	_____	_____
(подпись)	(подпись)	(подпись)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность уполномоченного лица) М.П.	(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность уполномоченного лица) М.П.	(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность уполномоченного лица) М.П.

2. Настоящее Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора.

3. Настоящее Дополнительное соглашение вступает в силу с даты его подписания лицами, имеющими право действовать от имени каждой из Сторон, и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по настоящему Договору.

4. Условия Договора, не затронутые настоящим Дополнительным соглашением, остаются неизменными.

5. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в

_____ экземплярах, имеющих одинаковую

(указывается количество экземпляров)

юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

6. Подписи Сторон:

Фонд:	Страховая медицинская организация:	Организация:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
(полное наименование организации)	(полное наименование организации)	(полное наименование организации)
_____	_____	_____
(подпись)	(подпись)	(подпись)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность уполномоченного лица) М.П.	(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность уполномоченного лица) М.П.	(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность уполномоченного лица) М.П.