

Эрүүл мэндийн даатгалын үндэсний зөвлөлийн
..... оны дугаар сарын -ний өдрийн
..... дүгээр тогтоолын хавсралт

БАТЛАВ.
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТУСЛАМЖ,
ҮЙЛЧИЛГЭЭГ ХУДАЛДАН АВАГЧ:

(Тамга, тэмдэг)

(Гарын үсэг)

ЭМДЕГ-ЫН ДАРГА

НЭМЭЛТ ГЭРЭЭ

202 ... оны дугаар
сарын-ны өдөр

Дугаар

..... хот/аймаг

НЭГ. НИЙТЛЭГ ҮНДЭСЛЭЛ

1.1. Нэг талаас регистрийн дугаартайХХК/
байгууллагын аймаг/хот сум/дүүрэгт байрлах (цаашид
“эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгч” гэх) нөгөө талаас Эрүүл мэндийн
даатгалын ерөнхий газар (цаашид “Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг худалдан
авагч”, хамтад нь “талууд” гэх) нар дараах нөхцөлийг харилцан тохиролцож, энэхүү
гэрээг..... үндэслэлээр оны дүгээр сарын
.....-ны өдрийн дугаартай
.....гэрээнд өөрчлөлт оруулахаар гэрээний
заалтыг тус тус үндэслэн нэг талаас ХХК-нийг төлөөлж
..... нөгөө талаас Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг худалдан
авагч, түүнийг төлөөлж нар харилцан тохиролцож
энэхүү нэмэлт гэрээг байгуулав.

ХОЁР. ГЭРЭЭНИЙ ӨӨРЧЛӨЛТ

2.1. тул нэмэлт өөрчлөлт
оруулав.

2.2 Гэрээний өөрчлөлт оруулав.

ГУРАВ.БУСАД ЗОХИЦУУЛАЛТ

3.1. Энэхүү нэмэлт гэрээнд талууд гарын үсэг зурж баталгаажуулсан өдрөөс эхлэн хүчин төгөлдөр мөрдөгдөнө.

3.2. Нэмэлт гэрээгээр нэмэлт өөрчлөлт оруулсан заалтаас бусад үндсэн гэрээний зохицуулалт нь хүчин төгөлдөр хэвээр үйлчилнэ.

3.3 Талуудын эрх бүхий төлөөлөгчид гарын үсэг зурж, тамга дарснаар хүчин төгөлдөр болох бөгөөд үндсэн гэрээний салшгүй хэсэг байна.

3.4 Нэмэлт гэрээ нь 2 хувь үйлдэгдсэн бөгөөд үндсэн гэрээний хугацаанд хүчин төгөлдөр байна.

ГЭРЭЭНД НЭМЭЛТ ӨӨРЧЛӨЛТ ОРУУЛСАН:

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТУСЛАМЖ,
ҮЙЛЧИЛГЭЭ ХУДАЛДАН АВАГЧИЙГ
ТӨЛӨӨЛЖ:

(Албан тушаал, нэр)
(Гарын үсэг) _____

ТАМГА

(Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг
худалдан авагчийн хаяг)
(Утас, факсын дугаар)

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТУСЛАМЖ, ҮЙЛЧИЛГЭЭ
ҮЗҮҮЛЭГЧИЙГ ТӨЛӨӨЛЖ:

(Албан тушаал, нэр)
(Гарын үсэг) _____

ТАМГА

(Тусламж, эрүүл мэндийн тусламж,
үйлчилгээ үзүүлэгчийн хаяг)
(Утас, факсын дугаар)
(Харилцагч банкны нэр, дансны дугаар)