|  |
| --- |
|  |

**Дополнительное соглашение**

**к договору о целевом обучении по образовательным**

**программам высшего образования от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.**

Санкт-Петербург «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

Комитет по здравоохранению именуемый в дальнейшем «Заказчиком», в лице председателя Лисовца Дмитрия Геннадьевича, действующего на основании Положения
о Комитете по здравоохранению, утвержденного постановлением Правительства
Санкт-Петербурга от 27 декабря 2013 № 1070, с одной стороны,

и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

именуемым (ой) в дальнейшем «Гражданином», с другой стороны,

и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(полное наименование организации, указанной в договоре о целевом обучении от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.)

именуемым (ой) в дальнейшем «Работодатель № 1», с другой стороны,

и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(полное наименование организации, в которую будет трудоустроен гражданин в соответствии с настоящим дополнительным соглашением)

именуемым (ой) в дальнейшем «Работодатель № 2», с другой стороны, далее именуемые сторонами, составили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. Договор о целевом обучении по образовательным программам высшего образования от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. (далее-Договор) изложить в редакции согласно Приложению к настоящему дополнительному соглашению.

2. Настоящее дополнительное соглашение к Договору вступает в силу с момента подписания сторонами и считается неотъемлемой частью Договора.

3. Настоящее дополнительное соглашение к договору составлено в 4-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

**Гражданин Заказчик**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата рождения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(серия и номер паспорта, когда и кем выдан)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (место жительства) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  (подпись) (фамилия, имя, отчество)  | **Адрес:** ул. Малая Садовая, д.1,Санкт-Петербург, 191023,Тел.:(812)635-55-64, (812)571-34-06Банковские реквизиты: ИНН 7808043833 КПП 784101001 УФК по Санкт-Петербургу (Комитет финансов Санкт-Петербурга, Комитет по здравоохранению л/с № 0150000)Северо-Западное ГУ Банка России БИК 044030001, Счет 40201810600000000003ОКАТО 40298561000 ОКПО 00086970ОКВЭД 75.12 ОКОГУ 2300229ОКФС 13 ОКОПФ 20904ОГРН 1037843003285 ОКТМО 40908000**Председатель Комитета по здравоохранению** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Д.Г. Лисовец** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Работодатель № 1** Адрес: Тел.:Банковские реквизиты: ИНН КПП Северо-Западное ГУ Банка России БИК , Счет ОКАТО ОКПО ОКВЭД ОКОГУ ОКФС ОКОПФ ОГРН ОКТМО Руководитель медицинского учреждения Санкт-Петербурга \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) (подпись) (фамилия, имя, отчество) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Работодатель № 2**Адрес: Тел.:Банковские реквизиты: ИНН КПП Северо-Западное ГУ Банка России БИК , Счет ОКАТО ОКПО ОКВЭД ОКОГУ ОКФС ОКОПФ ОГРН ОКТМО Руководитель медицинского учреждения Санкт-Петербурга \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) (подпись) (фамилия, имя, отчество) |  |

 |

Экземпляр дополнительного соглашения на руки получил

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Подпись Расшифровка*