**3.5.1. ANEXO UNO**

**FORMATO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

El C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en calidad de contratante y familiar/ representante legal/tutor de “EL PACIENTE”, en correlación con lo dispuesto en la cláusula cinco del contrato principal; mismo que en su parte conducente señala que “EL CONTRATANTE” se obliga a cubrir todos y cada uno de los gastos extraordinarios, relativos a los siguientes bienes y/o servicios que a continuación se relacionan:

| 1 (CONCEPTO) | 2 (PRECIO) |
| --- | --- |
| MEDICAMENTO | COSTO VARIABLE DE ACUERDO CON EL TIPO DE MEDICAMENTO |
| TIENDA INTERNA (Precio Sugerido) | $ 300.00 Pesos |
| Una Sesión de Psicoterapia Familiar | $ 300.00 Pesos |
| Lista de Enseres | Precio Variante |
| Artículos de Aseo Personal | Precio Variante |
| Material de Curación | Precio Variante |

Los conceptos extraordinarios podrán variar de acuerdo al tipo de proveedor o la demanda comercial, en caso de alguna modificación o incremento se notificará a la parte contratante por escrito para su respectiva aceptación.

|  |
| --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATANTE** |