 Приложение № 6

к договору на оказание платных медицинских услуг

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

**СОГЛАШЕНИЕ**

**о расторжении договора на оказание платных медицинских услуг**

г. Стерлитамак «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_2023 г.

Общество с ограниченной ответственностью «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_», расположенное по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующее на основании Устава, ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, лицензии на осуществление медицинской деятельности, № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата предоставления лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. на срок бессрочно, в лице врача – специалиста либо медицинского работника, оказывающего медицинские услуги в соответствии с приказом № 7 от 01.03.2021г., именуемое далее Исполнитель, с одной стороны, и гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый далее Потребитель, с другой стороны, именуемые далее Стороны, заключили настоящее Соглашение о нижеследующем.

1. Расторгнуть договор на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

2. Причина расторжения настоящего договора - по инициативе Потребителя.

3. Финансовых, имущественных и иных претензий Стороны друг к другу не имеют.

4. С момента подписания настоящего Соглашения все обязательства Сторон по договору, а также право требования по настоящему договору - прекращаются.

5. Соглашение составлено в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Потребителя. В случае, если договор заключается Исполнителем, Потребителем и Заказчиком, Соглашение составляется в 3-х экземплярах.

6. Возврат денежных средств по договору на оказание платных медицинских услуг осуществляется на основании письменного заявления Потребителя, заполненного по форме, указанной в Приложении № 6.1.

7. Получение денежных средств, оплаченных наличными, подтверждается оформлением Потребителем Расписки (Приложение № 6.2).

7. Адреса и реквизиты Сторон

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Исполнитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел/факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН/КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

р/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ к/с 3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность врача-специалиста либо медицинского работника

Врач – акушер-гинеколог

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ФИО / Подпись

**Потребитель (Заказчик)**

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_