

## СОГЛАШЕНИЕ

о расторжении договора оказания платных медицинских услуг  
(услуги не оказаны, возврат денег по безналичному расчету)

г.Новосибирск

«\_\_»\_\_\_\_\_20\_\_г.

Пациент, именуемый(ая) \_\_\_\_\_ в дальнейшем «Заказчик», в лице \_\_\_\_\_, действующий(ая) на основании Договора возмездного оказания медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 202 г., с одной стороны и ООО « ПРИВИЛЕГИЯ ПЛЮС», именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице главного врача \_\_\_\_\_, действующего на основании лицензии № ЛО-54-01-004345 от 28.04.2017г., с другой стороны (далее – Стороны), заключившие Договор возмездного оказания медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021г. (далее – Договор), заключили настоящее Соглашение о нижеследующем.

1. Расторгнуть указанный Договор \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ (дата расторжения).

2. Финансовых, имущественных и иных претензий Стороны друг к другу не имеют.
3. С момента подписания настоящего соглашения все обязательства Сторон по Договору прекращаются.
4. Настоящее соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

### ПОДПИСИ СТОРОН

Заказчик

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

Исполнитель

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