

СОГЛАШЕНИЕ

о расторжении договора оказания платных медицинских услуг
(частичное оказание услуги, 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

