

Главному врачу ООО «ПРИВИЛЕГИЯ ПЛЮС»
адрес: г. Новосибирск, ул. Селенгинская 4А
тел. 2392919 , эл. адрес: 2390662@mail.ru
от _____
адрес: _____
тел. _____, эл. адрес: _____

**Заявление
на расторжение договора оказания медицинских услуг на возмездной основе**

« _____ » _____ 20 _____ г. между мной, _____

_____ именуемом(ой) в дальнейшем Заказчик, и ООО «ПРИВИЛЕГИЯ ПЛЮС», в лице главного врача _____

именуемом в дальнейшем Исполнитель, был заключен договор оказания платных медицинских услуг № _____ от _____, именуемый в дальнейшем «Договор».

В соответствии с условиями Договора, Заказчик вправе отказаться от оказания медицинских услуг .

В связи с вышеизложенным прошу расторгнуть Договор об оказании возмездных медицинских услуг № _____ от « _____ » _____ 20 _____ г. на основании п. 6.3 главы 6 Договора.

_____ / _____