

**Соглашение о расторжении договора  
на оказание платных медицинских услуг в стационаре  
№ \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.**

г. Смоленск

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Смоленск) (ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Смоленск)) (Свидетельство серия 67 № 001820639 от 27.09.2012 г., выданное ИФНС России по г. Смоленску, лицензия Л041-00110-67/00327563 от 22.08.2018 г., выданная Территориальным органом Росздравнадзора по Смоленской области, ИНН 6732033809, ОГРН 1126732001440), именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице Главного врача Овсянкина Анатолия Васильевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

\_\_\_\_\_ ,  
(сведения о заказчике – физ.лице: Ф.И.О., адрес, телефон, данные документа, удостоверяющего личность)

\_\_\_\_\_ ,  
(сведения о заказчике – юр.лице: наименование, адрес, ИНН, ОГРН, телефон)

именуемое в дальнейшем «**Заказчик**», с другой стороны, а также

\_\_\_\_\_ ,  
(Ф.И.О. гражданина, данные документа, удостоверяющего личность, адрес, телефон)

именуемый в дальнейшем «**Потребитель**», совместно именуемые «**Стороны**» заключили настоящее Соглашение о нижеследующем:

1. Руководствуясь разделом 4 Договора на оказание платных медицинских услуг в стационаре № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. (далее – Договор), расторгнуть досрочно Договор в части оказания следующих медицинских услуг:

№ п/п	Наименование (виды) медицинской услуги	Количество	Цена, в рублях	Сумма, в рублях

2. Стоимость медицинских услуг подлежащая возврату Заказчику составляет \_\_\_\_\_ рублей **00 копеек**.

3. Настоящее Соглашение вступает в силу с момента подписания Сторонами.

4. Настоящее соглашение составлено в трёх экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

**«Исполнитель»:**

ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Смоленск)  
214031, г. Смоленск, пр-т Строителей, д. 29  
ИНН 6732033809 КПП 673201001  
ОГРН 1126732001440  
р/с 032146430000000016300 в Отделении Смоленск  
Банка России//УФК по Смоленской области г.  
Смоленск  
БИК 016614901, e.mail:contacts@orthosmolensk.ru.  
Лицензия выдана Территориальным органом  
Росздравнадзора по Смоленской области,  
расположенным по адресу: г. Смоленск, ул.  
Большая Советская, д. 30/11, 4-ый этаж. Телефон:  
8-4812 30-26-14

Главный врач

\_\_\_\_\_ А.В. Овсянкин

**«Потребитель»:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О, данные документа, удостоверяющего личность)

\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства или адрес места пребывания)

\_\_\_\_\_  
(контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи, дата)

**«Заказчик»**

\_\_\_\_\_  
(дата, должность, подпись, расшифровка подписи, печать (если имеется))