

**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 гражданин (-ка)

(Ф.И.О., адрес места жительства и телефон)

именуемый (-ая) в дальнейшем «**Потребитель**», с другой стороны, 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 Потребителю составляет _____ рублей **00 копеек**.

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

4. Настоящее соглашение составлено в двух 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
Банк получателя: ОКЦ № 5 ГУ Банка России по ЦФО//УФК по Смоленской области
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)