Приложение № 6

к договору

оказания платных

стоматологических услуг

**Соглашение**

**о расторжении договора оказания платных**

**медицинских услуг**

 ГАУЗ СО «Качканарская СП», именуемая в дальнейшем «Исполнитель», в лице Главного врача Паршинцевой Оксаны Александровны, действующей на основании Устава, с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт: серия \_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуем\_\_ в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны заключили настоящее Соглашение о следующем:

1. Стороны договорились расторгнуть Договор оказания платных медицинских услуг от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

2. Стороны определили следующий порядок и сроки исполнения обязательств по Договору:

2.1. Исполнитель обязуется в срок не позднее 7 (семи) рабочих дней с даты подписания уполномоченными представителями обеих Сторон настоящего Соглашения:

1) составить и передать Потребителю акт об оказании услуг с указанием услуг, фактически оказанных Потребителю к моменту заключения настоящего Соглашения;

2) передать по акту об оказании услуг результаты услуг Исполнителя.

2.2. Потребитель обязуется:

1) в срок не позднее 5 (пяти) рабочих дней с даты получения акта об оказании услуг рассмотреть и подписать его;

2) в срок не позднее 7 (семи) рабочих дней с даты подписания акта об оказании услуг оплатить услуги, оказанные Потребителю к моменту заключения настоящего Соглашения.

3. Настоящее Соглашение является неотъемлемой частью Договора на оказание платных медицинских услуг от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

4. Настоящее Соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

5. Реквизиты Сторон:

5.1. Исполнитель - адрес: г.Качканар, 11 мкр., д.14а; телефон: 8(34341) 60475;

 сайт: качканарская-стоматология.рф; адрес электронной почты: stomatolog\_ksp@mail.ru

5.2. Потребитель - адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;.

Подписи Сторон

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Лечащий врач Исполнителя: | Потребитель: |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О.)* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О.)* |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(подпись)* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(подпись)* |  |  |