Приложение № \_\_\_\_

к Договору от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_

ГЛАВНОЕ ПРОИЗВОДСТВЕННО-КОММЕРЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ПО ОБСЛУЖИВАНИЮ ДИПЛОМАТИЧЕСКОГО КОРПУСА ПРИ МИНИСТЕРСТВЕ ИНОСТРАННЫХ ДЕЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФИЛИАЛ «МЕДИНЦЕНТР»

**СОГЛАШЕНИЕ О РАСТОРЖЕНИИ ДОГОВОРА**

**№ /В**

**НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

**ФИЗИЧЕСКОМУ ЛИЦУ**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Москва | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_г. |

**Федеральное государственное унитарное предприятие «Главное производственно-коммерческое управление по обслуживанию дипломатического корпуса при Министерстве иностранных дел Российской Федерации» (ГлавУпДК при МИД России)**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора филиала ГлавУпДК при МИД России «Мединцентр» С. А. Гусаренко, действующего на основании доверенности от 12.05.2023 № 4320-021/ДК*,* с одной стороны, и гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО)  
адрес места жительства, телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель », именуемые каждый в отдельности «Сторона», а совместно - «Стороны», заключили настоящее соглашение о расторжении Договора на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. о нижеследующем.

1. Расторгнуть договор на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г .

2. /Потребитель оплачивает Исполнителю фактически оказанные услуги на момент  
расторжения договора в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. в срок до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

3. Взаимные обязательства Сторон по вышеназванному договору на оказание платных  
медицинских услуг считаются прекращенными с момента заключения настоящего соглашения.

4. Настоящее соглашение вступает в силу с момента его подписания.

5. Настоящее соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую  
юридическую силу, – по одному для каждой из Сторон.

АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

**Исполнитель:** ГлавУпДК при МИД России Филиал «Мединцентр» ГлавУпДК при МИД России;

Лицензия на осуществление медицинской деятельности, предоставлена Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (адрес нахождения: 109074, Москва, Славянская площадь, д.4, стр.1) № Л041-00110-77/00574118 ФС-99-01-009768 от 03.09.2020 г., бессрочно, на основании решения лицензирующего органа от 29.07.2022 № 6929

Свидетельство ОГРН 1027700347840, зарегистрировано ГУ Московская регистрационная палата, 15.08.1994г.; ИНН 7704010978/КПП 774850001; ОКПО 04814998; ОКВЭД 86.10, 86.21

Полное наименование Филиала: Филиал Федерального государственного унитарного предприятия «Главное производственно-коммерческое управление по обслуживанию дипломатического корпуса при Министерстве иностранных дел Российской Федерации» «Мединцентр»;

Сокращенное наименование: Филиал «Мединцентр» ГлавУпДК при МИД России;

Местонахождение и почтовый адрес: 119049, г. Москва, 4-й Добрынинский переулок, д. 4.

Сайт <https://medin.ru>

Директор Филиала «Мединцентр» ГлавУпДК МИД России

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/С.А.Гусаренко/

М.П.

**Потребитель:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Паспорт (или другой документ, удостоверяющий личность)

Кем и когда выдан:

Фактическое место жительства:

Зарегистрирован по адресу:

Телефон:

Электронная почта:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись