Генеральному директору ООО «МиГ»

 А.А.Меньшакову

 Адрес: г. Котлас, ул. Набережная, д. 14

 от:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 паспорт №\_\_\_\_\_\_серия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Адрес места жительства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Адрес электронной

почты:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

**о расторжении договора на оказание платных медицинских услуг**

 В соответствии со ст. 782 ГК РФ, прошу расторгнуть договор на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, заключенный между мной (заказчик) и ООО «МиГ» (исполнитель) и вернуть мне денежные средства за не оказанные медицинские услуги по данному договору в размере\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_копеек.

Банковские реквизиты для возврата денежных средств:

Получатель:

Номер счёта:

Банк получателя:

БИК:

Корр. счёт:

ИНН:

КПП:

 По состоянию на "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. в рамках данного договора исполнитель оказал следующие услуги: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (перечень оказанных услуг) на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей, что подтверждается \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (данный раздел заполняется в случае частичного оказания услуг по договору исполнителем).

Приложение:

копия договора и платежного документа.

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/