

СОГЛАШЕНИЕ о задатке

г. Москва

«__» _____ 2025г.

_____, именуем _____ в дальнейшем «Пациент», с одной стороны, и Общество с ограниченной ответственностью «Никита и Ко», именуемое в дальнейшем «Клиника», в лице Князевой Татьяны Ивановны, действующей на основании Устава, с другой стороны, заключили настоящее Соглашение о нижеследующем:

1. Пациент передает ООО «Никита и Ко», денежную сумму в размере 5 000 (пять тысяч) рублей в счет причитающихся с него по Договору «О возмездном оказании услуг» № _____ от «__» _____ 20__ г. платежей и в обеспечение оплаты расходов Клиники связанных с подготовкой к **проведению диагностического исследования:**

- МРТ

- Ночное ЭЭГ

(нужное подчеркнуть)

пациент _____
_____ в «__» _____ 202__ года в ____ часов ____ минут.

2. При прекращении обязательства по Договору, указанному в п. 1 настоящего Соглашения, по соглашению Сторон либо по вине Клиники задаток возвращается, либо остается на счете пациента для оплаты услуг Клиники.

3. Если мероприятия указанные в п. 1 настоящего соглашения были отменены по вине Пациента, давшего задаток, то он остается у Клиники в счет оплаты понесенных расходов на подготовку оказания услуги. Пациент имеет право один раз отменить или перенести дату проведения мероприятия при условии уведомления Клиники не позднее чем:

- 24 часа до назначенной даты при проведении ночного ЭЭГ, МРТ.

4. Настоящее Соглашение является неотъемлемой частью Договора «О возмездном оказании услуг»

№ _____ от «__» _____ 20__ г.

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

7. Адреса, банковские реквизиты, подписи Сторон.

Клиника: Общество с ограниченной ответственностью «Никита и Ко» (ООО «Никита и Ко»)

Тел./факс: 8 (495) 638-70-70, 8 (495) 671-04-10

Юр адрес: 109544, г. Москва, ул. Школьная, д. 49

Фактич. адрес: 109544, г. Москва, ул. Школьная, д. 49

ИНН 7706108947 КПП 770901001 ОГРН 1037739080235

в КБ "СДМ-БАНК" (ПАО) Г. МОСКВА БИК 044525685 Р/С 40702810501030000912 К/С 30101810845250000685

Генеральный директор _____ **Князева Т.И.**

Пациент:

Фамилия, Имя и Отчество (если имеется), паспорт (серия, номер, кем и когда выдан), адрес места жительства, телефон