

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
к договору (контракту) № _____ от « _____ » 20 _____ г.

г. Хабаровск « _____ » 20 _____ г.

Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице _____, действующего

(должность, ФИО руководителя)

на основании приказа министерства здравоохранения Хабаровского края № _____ от « _____ » 20 _____ г., с одной стороны и _____, именуемое(ый) в

(наименование юридического лица / ФИО физического лица)

дальнейшем «Исполнитель», в лице

(должность и ФИО руководителя / ФИО физического лица)

действующего на основании _____,

(указать правовое основание представления интересов юридического либо физического лица)

с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее дополнительное соглашение к договору (контракту) № _____ от « _____ »

(наименование договора)

_____ 20 _____ г. (далее – Договор (Контракт)), о нижеследующем:

1. Стороны пришли к обоюдному согласию расторгнуть Договор (Контракт) в части неоказанных услуг на сумму _____ (_____)

(цифрами и прописью)

рублей _____ копеек.

2. Взаимные обязательства Сторон по Договору (Контракту) считаются прекращенными с момента заключения настоящего Соглашения.

3. Стороны не имеют по отношению друг к другу в рамках Договора (Контракта) никаких претензий, штрафных санкций.

4. Настоящее Соглашение составлено в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

5. Настоящее Соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами.

ЗАКАЗЧИК

КГБОУ ДПО ИПКСЗ

680009, Хабаровский край, г. Хабаровск,
ул. Краснодарская, 9
тел. (4212) 728-715
e-mail: rector@ipkszh.khv.ru
ИНН 2724062140 КПП 272401001

И.о. ректора _____

МП _____

ИСПОЛНИТЕЛЬ

(наименование юридического лица / ФИО физического лица)

Юридический / фактический адрес

Телефон

Адрес электронной почты

ИНН

КПП _____