# Приложение 1.7

# **ДОГОВОР №**

# **г. Н.Новгород “\_\_\_\_ ”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства, ОГРН 1025203034988, ИНН 5260101352, код причины постановки на учет 526001001, зарегистрировано комитетом по управлению городским имуществом и земельными ресурсами администрации города Нижнего Новгорода 06 ноября 2001 года, свидетельство о государственной регистрации серии НРП-НН № 17536, свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 52 №000488228 от 03.12.2002г. выдано Инспекцией МНС России по Нижегородскому району г.Н.Новгорода, именуемый в дальнейшем "Исполнитель", в лице директора С.В.Романова, действующего на основании Устава, лицензии № 52-01-002597 от 03.09.20 г. с приложениями, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, расположенной по адресу: 603006, г.Н.Новгород, ул. Варварская д.32, телефон (831) 419-92-04, с одной стороны и **,** именуемое в дальнейшем “Заказчик”, в лице , действующего на основании с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**
   1. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства оказать следующие медицинские услуги: амбулаторно-поликлинические услуги, стационарное лечение.
2. **ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**
   1. **Заказчик обязуется**
      1. Ознакомить сотрудников Заказчика, направленных на получение медицинских услуг к Исполнителю, с условиями оказания услуг и порядком работы последнего.
      2. Представлять Исполнителю по установленной форме необходимые для оказания медицинских услуг сведения о сотрудниках Заказчика.
      3. Оплачивать фактически оказанные Исполнителем медицинские услуги.
   2. **Исполнитель обязуется**
      1. Оказывать установленные настоящим Договором медицинские услуги.
      2. Ознакомить медицинский персонал Исполнителя с условиями предоставления медицинских услуг.
      3. Выдавать сотрудникам Заказчика необходимые медицинские документы установленного образца (листок временной нетрудоспособности, рецепты на приобретение медикаментов, выписной эпикриз и др., кроме льготных категорий).
      4. Немедленно сообщать Заказчику о случаях нарушения сотрудниками Заказчика медицинских предписаний и лечебно-организационного режима.
      5. Вести учет вида, объемов, стоимости оказанных медицинских услуг сотрудникам Заказчика, а также денежных средств, поступивших от Заказчика.
      6. Содействовать работе экспертной комиссии, составленной из представителей Сторон на паритетных началах.
3. **СТОИМОСТЬ ОБСЛУЖИВАНИЯ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**
   1. Заказчик оплачивает счет-фактуру, выставленную Исполнителем, за фактически оказанные платные медицинские услуги в соответствии с действующим Прейскурантом в течении 10 (десяти) банковских дней со дня получения счета-фактуры.

К счету-фактуре Исполнитель предоставляет Заказчику калькуляцию (реестр) медицинских услуг представленных к оплате в этом счете-фактуре на бумажном и/или на магнитном носителе в виде файла согласованного формата со следующими полями: номер медицинского полиса, фамилия, имя, отчество сотрудника Заказчика, дата обращения, код услуги и/или вид выполненной медицинской услуги, количество оказанных услуг, цена каждой услуги, сумма к оплате в рублях. Информация об оказанных услугах Заказчику предоставляется Исполнителем до 15 числа месяца, следующего за отчетным.

* 1. Исполнитель имеет право в одностороннем порядке пересматривать и утверждать цены на медицинские и другие услуги, оказываемые по настоящему Договору. Для Заказчика новый прейскурант начинает действовать не ранее, чем через 30 (тридцать) дней после официального уведомления Исполнителем Заказчика в письменном виде.

1. **КОНТРОЛЬ**
   1. Заказчик имеет право контролировать качество оказанных медицинских услуг. Проверки осуществляют эксперты Заказчика и представители Исполнителя. Результаты проверок оформляются составлением Акта, заверенного обеими Сторонами.

При несогласии Исполнителя с результатами проверок он обязан в 10-дневный срок представить Заказчику свои возражения в письменной форме.

4.2. При признании сторонами по Акту проверки услуги “услугой, оказанной необоснованно или некачественно” сумма будущих платежей Заказчика уменьшается на ее стоимость.

1. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**
   1. Сторона, допустившая разглашение информации, указанной в п. 7.1 настоящего Договора, обязана возместить причиненный ущерб.
   2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если таковое неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы.

5.3. Стороны несут ответственность по данному договору в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.4. За просрочку платежей, установленных п.3.1. настоящего договора, Заказчик уплачивает неустойку в размере 0,1% от суммы просроченного платежа за каждый день просрочки.

1. **СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**
   1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует по «31» декабря 2019 г., если в течении 30 дней до окончания действия настоящего Договора стороны не заявят о своем намерении расторгнуть его, то он автоматически продлевается на каждый последующий календарный год на тех же условиях.
   2. Изменения и дополнения могут быть внесены при письменном согласии Сторон. Стороны вправе досрочно расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке. В этом случае заинтересованная Сторона обязана известить другую Сторону письменно за 30 дней до предполагаемой даты расторжения. При реорганизации или ликвидации, в том числе признании банкротом одной из Сторон действие настоящего Договора прекращается без предварительного уведомления.
   3. Заказчик вправе отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты фактически оказанных медицинский услуг. Исполнитель вправе отказаться от исполнения настоящего Договора при условии полного возмещения Заказчику ущерба.
   4. В случае досрочного расторжения Договора Стороны должны исполнить свои обязательства, возникшие до даты расторжения.
2. **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**
   1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении условий настоящего Договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны.
   2. Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация:

* О содержании Договора
* Сведения о заболеваниях сотрудников Заказчика.

1. **ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ**
   1. В случае досрочного расторжения настоящего Договора Стороны производят взаиморасчет в течении 10 дней с момента прекращения его действия.
   2. Все уведомления, поручения и сообщения, касающиеся настоящего Договора или связанные с ним, должны направляться в письменной форме. Они будут считаться поданными надлежащим образом, если посланы заказным письмом, по тел.факсу или доставлены нарочным под расписку по нижеуказанным адресам Сторон.
   3. Стороны обязуются в течении пяти дней уведомить друг друга об изменении своего адреса, почтовых и банковских реквизитов.
2. **РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ**
   1. Все споры и разногласия по настоящему Договору решаются путем переговоров (экспертная комиссия).
   2. В случае если споры и разногласия не будут решены путем переговоров, они подлежат разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
3. **ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**
   1. По вопросам не предусмотренных настоящим Договором, стороны руководствуются законодательством РФ.
   2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: один экземпляр находится у Заказчика, другой у Исполнителя.
4. **ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

**ИСПОЛНИТЕЛЬ**

**Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства**

**Сокращенное наименование: ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России**

Адрес: 603001, г. Нижний Новгород, Нижне-Волжская наб.2, тел.421-82-82, 421-69-89,

факс 421-82-47 ИНН 5260101352 КПП 526001001 БИК 042202001

Р/с 40501810522022000002 в Волго-Вятском ГУ Банка России

г.Н.Новгорода, л/с 20326Х60440 в УФК по Нижегородской области (ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России), Код дохода 00000000000000000130

### **ЗАКАЗЧИК**

**ЗАКАЗЧИК ИСПОЛНИТЕЛЬ**

### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Директор

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Романов С.В./**

**“\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г. “\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г.**