**ДОГОВОР ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ  И ИНЫХ УСЛУГ № 000000000**

г. Чита/место оказания услуги/ «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_ г.

Государственное учреждение здравоохранения «Забайкальское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы» (ГУЗ «ЗКБСМЭ», г. Чита ул. Матвеева д. 64, пом.2.,ОГРН 1027501147651, выданный ИФНС №2 по г. Чите, лицензия № ЛО-75-01-001565 от 30.08.2019 г.), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании Приказа от 18 мая 2020 г. № 84 в соответствии с доверенностью, выданной «19» мая 2020 г., с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, взявший на себя обязанность осуществить погребение умершего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель предоставляет Заказчику с его добровольного согласия платные ритуальные (медицинские) услуги в соответствии с Прейскурантом цен на платные медицинские и иные услуги, утвержденном в установленном порядке (далее - Прейскурант), а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.

1.2. Перечень платных услуг, оказываемых Заказчику в соответствии с настоящим Договором, определяется в Спецификации (Приложение № 1), являющейся неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.3. Срок предоставления ритуальных (медицинских) услуг с «\_\_»\_\_202\_ г. по «\_\_»\_\_\_202\_ г.

**2. Права и обязанности Сторон**

2.1.Права и обязанности Исполнителя.

Исполнитель обязан:

2.1.1. оказать Заказчику платные услуги в соответствии с перечнем оказываемых платных услуг, оговоренных в Спецификации (Приложение № 1) с оформлением установленной документации;

2.1.2.предоставить Заказчику бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах.

Исполнитель имеет право:

2.1.3. при невозможности исполнения услуги, возникшей по вине Заказчика, отказаться в одностороннем порядке от исполнения обязательств по настоящему Договору и требовать оплаты в полном объеме, предусмотренном Договором;

2.1.4. на компенсацию расходов, фактически понесенных до момента наступления невозможности исполнения.

2.2. Права и обязанности Заказчика:

Заказчик обязан:

2.2.1. оплатить предоставленные Исполнителем платные услуги, предусмотренные Спецификацией;

2.2.2. не позднее чем за 2 часа до оказания услуги предоставить одежду на умершего согласно описи и квитанцию на сумму, указанную в п. 3.1. настоящего договора;

2.2.3. компенсировать Исполнителю расходы, фактически понесенные до момента наступления невозможности оказания услуги.

Заказчик имеет право:

2.2.3.на получение информации об Исполнителе и предоставляемых им платных медицинских и иных услугах;

2.2.4. на получение платной услуги надлежащего качества.

**3. Цена и порядок расчетов**

3.1. Стоимость платных ритуальных, медицинских услуг /нужное подчеркнуть/, оказываемых Заказчику, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен платных медицинских и иных услуг и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.

3.2. Стоимость платных медицинских и иных услуг остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора.

3.3. Оплата Заказчиком за оказанные услуги производится в 100-ой предоплате по безналичному расчету через терминал, находящийся в ГУЗ «ЗКБСМЭ», с комиссионным сбором 3%, либо в любом банке с предоставлением квитанции в ГУЗ «ЗКБСМЭ».

3.4. Акт выполненных работ, подписанный Сторонами, является неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение № 2).

**4. Срок действия Договора**

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

**5. Ответственность Сторон**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим Договором и законодательством РФ.

5.2. Стороны освобождаются от ответственности в случае, когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из Сторон не отвечает (форс-мажор).

**6. Порядок разрешения споров**

6.1. Все споры или разногласия, возникающие между Сторонами по Договору или в связи с ним, разрешаются путем переговоров между Сторонами.

6.2. В случае не урегулирования спора, спор разрешается в судебном порядке по месту нахождения Исполнителя.

**7. Заключительные положения**

7.1. Договор заключен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

7.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Заказчика от получения платных услуг, оформленного в письменной форме, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

7.3. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены надлежащим образом и подписаны уполномоченными представителями Сторон.

7.4. Условия Договора обязательны для правопреемников Сторон.

**8. Адреса и реквизиты сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель: ГУЗ «ЗКБСМЭ»**  Юридический адрес:672038, г. Чита, ул. Матвеева, 64,  тел. 8(3022)31-43-20  ИНН 7536009784, КПП 753601001,  ОГРН 1027501147651, КБК 00000000000000000130  ОТДЕЛЕНИЕ ЧИТА БАНКА РОССИИ//  УФК по Забайкальскому краю г. Чита  р/с 03224643760000009100 (л/с 20916X84930)  БИК017601329 Корр/счет 40102810945370000063  Уполномоченное лицо  По доверенности №\_\_ от «\_\_»\_\_\_2020г.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ФИО/  (подпись) | **Заказчик:**  ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспортные данные: серия\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан «\_\_»\_\_\_\_\_\_г. кем\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Проживающий по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ФИО/  (подпись) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Приложение № 1 | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | |
|  | | к Договору оказания платных медицинских  и иных услуг №000000000  от 00.00.202\_ г. | | | | | | | | | |
|  | | **СПЕЦИФИКАЦИЯ** | | | | | | | | | |
|  | | г. Чита /Место оказания услуги/  «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г. | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **№ п/п** | **Наименование платной медицинской и иной услуги согласно Прейскуранта цен/** | **Сумма** | | 1 |  |  | | 2 |  |  | | 3 |  |  | | 4 |  |  | | 5 |  |  | | 6 |  |  | | 7 |  |  | | 8 |  |  | | 9 |  |  | |  | ИТОГО: |  | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |   Примечание: услуга «перекладывание тела в гроб» осуществляется только в рабочие дни с 8.45 час. до 15.15 час.   |  |  | | --- | --- | | **Исполнитель:**  уполномоченное лицо ГУЗ «ЗКБСМЭ»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ФИО/  **подпись /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** ФИО/ | **Заказчик:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ФИО/  производит оплату за тело умершего: /ФИО полностью/  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **подпись /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** ФИО/ | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  | Согласие на обработку персональных данных.  Во исполнение Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 153-ФЗ «О персональных данных» даю согласие Исполнителю на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение) следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения, адрес места жительства, место работы, должность, номер паспорта, сведения о выдачи его органа, код подразделения, номера телефонов, электронный адрес, ИНН, банковских реквизитов в целях исполнения настоящего Договора и законодательства РФ. Данное согласие действует до письменного отзыва. | | | | | | | | | | |
|  | **Заказчик:**  **подпись /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** | | | ФИО |  | | | | | | | | | |  |  |
|  |  | | | | |
|  | | Приложение № 2 | | | | | | | | | |
|  | | к Договору оказания платных медицинских  и иных услуг №000000000  от 00.00.202\_ г. | | | | | | | | | |
|  | | **АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ** | | | | | | | | | |
|  | | г. Чита /Место оказания услуги/  В соответствии со Спецификацией Исполнитель выполнил «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_202\_\_г., время выдачи тела :\_\_\_\_ час.\_\_\_мин., весь комплекс услуг. | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ФИО, подпись сотрудников ГУЗ «ЗКБСМЭ», оказывающих услуги** | **ФИО, подпись сотрудника ГУЗ «ЗКБСМЭ», осуществляющего контроль за оказанием услуг** | **Результат принятия услуги Заказчиком** | |  |  | В результате принятия услуги, оказываемой Исполнителем, недостатки не выявлены (выявлены) /в случае выявления недостатков необходимо указать какие именно/  **Заказчик:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ФИО/  **подпись /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** | | | | | | | | | |  |  |  | | --- | --- | |  |  | | | | | | | | | | | | | |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Время оказания услуги: \_\_\_\_час. \_\_\_\_\_мин.** Дата «\_\_»\_\_\_\_\_202\_\_г. **Заказчик:** | **подпись /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** ФИО |