

ДОГОВІР № 05425371/3/19/65

про забезпечення протезом верхньої / нижньої кінцівки / ортезом шарнірним на нижню кінцівку

М. Горішні Плавні

8 07 2019 р.

_____ (прізвище, ім'я, по батькові особи з інвалідністю / дитини з інвалідністю / іншої особи або їх законного представника)

_____ документ, що посвідчує особу та підтверджує громадянство України, серія (за наявності) _____
_____ виданий _____ яка(ий) зареєстрована(ий) за
адресою _____ реєстраційний номер
облікової картки платника податків (за наявності) _____ з однієї сторони,

ПОЛТАВСЬКЕ КАЗЕННЕ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧНЕ ПІДПРИЄМСТВО, 03187737

(найменування підприємства / установи, що здійснює послуги із забезпечення протезом верхньої / нижньої кінцівки / ортезом шарнірним на нижню кінцівку)

(далі - Підприємство) в особі

ДИРЕКТОРА ЦЕГЕЛЬНИКА СЕРГІЯ ІВАНОВИЧА,

(посада та П.І.Б.)

що діє на підставі СТАТУТУ з другої сторони, та
(назва установчого документа)

УПРАВЛІННЯ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ ГОРІШНЬОПЛАВНІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ПОЛТАВСЬКОЇ
ОБЛАСТІ, 05425371

(найменування структурного підрозділу з питань соціального захисту населення)

(далі - Орган соціального захисту населення) в особі

НАЧАЛЬНИКА УПРАВЛІННЯ ЧЕРНЯВСЬКОЇ СВІТЛАНИ ПЕТРІВНИ,

(посада та П.І.Б.)

що діє на підставі Положення, з третьої сторони (далі - Сторони), уклали цей Договір про таке.

I. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

1.

_____ (прізвище, ім'я, по батькові особи з інвалідністю / дитини з інвалідністю / іншої особи)

(далі - Особа) забезпечується

ПН.3.4.2.4.0 ПРОТЕЗИ ГОМІЛКИ ДЛЯ КУПАННЯ (далі - ТЗР)

1; 17854 грн.

(найменування технічного(их) та іншого(их) засобу(ів) реабілітації)

(кількість, ціна)

ДК 021:2015-33183000-6 на підставі оригіналу направлення, виданого Органом соціального захисту населення.

2. Підприємство зобов'язується здійснити забезпечення Особи ТЗР на підставі оригіналу направлення та згідно з технічним описом конструкції та комплектації виробу, а Орган соціального захисту населення зобов'язується оплатити Підприємству фактичну вартість забезпечення Особи ТЗР в межах граничної ціни, встановленої Мінсоцполітики, а у разі її перевищення - за рішенням Мінсоцполітики на підставі рекомендацій робочої групи із деяких питань забезпечення осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення технічними та іншими засобами реабілітації.

3. Забезпечення Особи ТЗР здійснюється відповідно до вимог Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні засоби реабілітації, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 05 квітня 2012 року № 321 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 14 березня 2018 року № 238) (далі - Порядок).

II. ЦІНА ДОГОВОРУ ТА ПОРЯДОК ОПЛАТИ

1. Загальна ціна цього Договору становить

17854.00 грн (сімнадцять тисяч вісімсот п'ятдесят чотири гривні 00 копійок) без ПДВ.

(сума словами)

2. Оплату Орган соціального захисту населення здійснює на рахунок Підприємства після забезпечення Особи ТЗР не пізніше 14 робочих днів з дати надходження до Органу соціального захисту населення акта приймання-передачі робіт (надання послуг), відповідно до ст. 49 Бюджетного кодексу України, та у разі зміни ціни Цього договору за взаємною згодою Сторін шляхом укладання додаткової угоди до цього Договору в розмірі остаточної суми відповідно до ціни, зазначеної в додатковій угоді до цього Договору.

3. У разі затримки бюджетного фінансування відшкодування здійснюється невідкладно, але не пізніше 5 банківських днів з дати отримання Органом соціального захисту населення бюджетного призначення на відповідні цілі на свій

реєстраційний рахунок.

4. Розрахунки за цим Договором здійснюються у безготівковій формі у національній валюті України - гривні.
5. Ціну цього Договору може бути змінено лише за взаємною згодою Сторін шляхом укладання додаткової угоди до цього Договору.

III. ПРАВА ТА ОBOB'ЯЗКИ СТОРІН

1. Підприємство зобов'язане:
 - 1) здійснити забезпечення Особи ТЗР не пізніше 40 робочих днів з моменту укладення цього Договору. У строк забезпечення не враховується час, протягом якого Особа не з'явилась на примірку або для одержання готового виробу, про що Підприємство разом з представником Органу соціального захисту населення складають відповідний акт;
 - 2) оформити у трьох примірниках замовлення на виготовлення протезно-ортопедичного виробу за зверненням Особи або її законного представника за формою, затвердженою Мінсоцполітики, на підставі оригіналу направлення не раніше ніж за два місяці до закінчення строку експлуатації попереднього виробу, про що зробити відмітку в централізованому банку даних з проблем інвалідності. Замовлення на виготовлення протезно-ортопедичного виробу є невід'ємним додатком до цього Договору. Примірники замовлення на виготовлення протезно-ортопедичного виробу Підприємство надає Сторонам разом з примірниками акта приймання-передачі робіт (надання послуг);
 - 3) узгодити з Особою або її законним представником замовлення на виготовлення протезно-ортопедичного виробу.
Під час узгодження замовлення на виготовлення протезно-ортопедичного виробу здійснити оцінку функціональних можливостей користувача залежно від його індивідуальних потреб, а також рекомендацій і протипоказань щодо призначення;
 - 4) уточнити антропометричні дані Особи не пізніше ніж за 30 днів до передачі замовлення на виготовлення протезно-ортопедичного виробу для виробництва ТЗР;
 - 5) оформити картку протезування за формою, затвердженою Мінсоцполітики, в якій зазначити: найменування протезно-ортопедичного виробу; результати примірки, дату видачі виробу;
 - 6) провести огляд Особи, про спосіб і дату такого огляду поінформувати зазначену особу або її законного представника;
 - 7) видати готовий індивідуальний засіб реабілітації тільки після примірки Особі або її законному представнику, які ставлять підпис в оформленому замовленні на виготовлення протезно-ортопедичного виробу і картці протезування;
 - 8) зробити відмітки у централізованому банку даних з проблем інвалідності, зазначивши дату, та скласти і підписати три примірники акта приймання-передачі робіт (надання послуг) після забезпечення Особи ТЗР;
 - 9) дотримуватися гарантійних зобов'язань та строку гарантійного обслуговування ТЗР;
 - 10) під час первинного протезування / ортезування надати Особі необхідні послуги, спрямовані на підбір, адаптацію, освоєння засобу реабілітації.
2. Підприємство має право:
 - 1) не оформлювати замовлення на виготовлення протезно-ортопедичного виробу без відповідно оформлених документів, передбачених Порядком, а також надати обґрунтовану відмову щодо забезпечення Особи ТЗР;
 - 2) якщо після підписання цього Договору Особа або її законний представник відмовилась(вся) від забезпечення ТЗР або не з'явилася(вся) за ТЗР протягом чотирьох місяців з дня його виготовлення, Підприємство має право на відшкодування витрат, пов'язаних з виготовленням індивідуального засобу реабілітації, його демонтажем, за винятком вартості комплектувальних виробів і матеріалів, що можуть бути повторно використані, для чого разом з представником Органу соціального захисту населення складає відповідний акт, один примірник якого надсилає Органу соціального захисту населення разом з рахунком витрат, пов'язаних з виготовленням та демонтажем індивідуального засобу реабілітації.
3. Особа або її законний представник зобов'язана(ий):
 - 1) надати Підприємству оригінал направлення на забезпечення ТЗР в паперовому вигляді за формою, затвердженою Мінсоцполітики, в одному примірнику;
 - 2) за необхідності проведення огляду прибути до підприємства та пред'явити документ, що посвідчує особу та підтверджує громадянство України, свідоцтво про народження дитини (для дітей віком до 14 років);
 - 3) дотримуватися всіх правил перебування на Підприємстві;
 - 4) дотримуватися правил експлуатації ТЗР;
 - 5) підписати три примірники акта приймання-передачі робіт (надання послуг) у разі відсутності недоліків ТЗР.
4. Орган соціального захисту населення зобов'язаний:
 - 1) надіслати Сторонам у строк не більше 5 робочих днів з моменту підписання цього Договору усі його примірники, підписані Органом соціального захисту населення, Особою або її законним представником та Підприємством;
 - 2) скласти акт про відмову, якщо після підписання цього Договору Особа або її законний представник відмовилась(вся) від забезпечення ТЗР;
 - 3) оплатити Підприємству вартість забезпечення Особи ТЗР шляхом перерахування коштів Підприємству у строки та на умовах, встановлених цим Договором;
 - 4) підписати три примірники акта приймання-передачі робіт (надання послуг) після забезпечення Особи ТЗР.

IV. ЯКІСТЬ І КОМПЛЕКТНІСТЬ ТЕХНІЧНИХ ТА ІНШИХ ЗАСОБІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Якість, безпека та функціональні властивості ТЗР, яким Підприємство забезпечує Особу мають відповідати чинній нормативній та технічній документації.

V. ГАРАНТІЯ

1. Гарантія на ТЗР складає 1 рік з моменту забезпечення Особи ТЗР.
 2. Підприємство надає ТЗР разом з інструкцією з експлуатації і талоном на гарантійний ремонт виробу.
 3. Протягом гарантійного строку Підприємство, в тому числі за зверненням Особи або її законного представника, безоплатно усуває брак або поломку ТЗР, якщо вона не сталася з вини Особи.
- Якщо Підприємство безоплатно не усунуло зазначені недоліки, Орган соціального захисту населення може вимагати розірвання цього Договору з Підприємством та повернення сплаченої суми.

4. До гарантійних випадків не належать природне знищення / пошкодження виробу, пошкодження, що виникли в результаті надмірного навантаження або застосування виробу не за призначенням, самовільна зміна конструкції виробу, а також зміна антропометричних даних кукси, що призводить до непридатності використання приймальної гільзи протеза.

VI. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

1. За невиконання або неналежне виконання своїх зобов'язань за цим Договором Сторони несуть відповідальність, передбачену законодавством України.

2. Сторони забезпечують правильність даних, зазначених у цьому Договорі, та зобов'язуються своєчасно у письмовій формі повідомляти одна одну про їх зміну. У разі неповідомлення або несвоечасного повідомлення Сторона, яка не повідомила іншу Сторону, несе ризик несприятливих наслідків, пов'язаних із цим. Підприємство забезпечує достовірність даних, зазначених в акті приймання-передачі робіт (надання послуг).

3. За порушення Підприємством строків виконання зобов'язань за цим Договором Орган соціального захисту населення стягує пеню у розмірі подвійної облікової ставки Національного Банку України від суми несвоечасно виконаного зобов'язання за кожний день прострочення, а за прострочення понад тридцять днів додатково стягується штраф у розмірі десяти відсотків зазначеної вартості.

4. Орган соціального захисту населення не несе відповідальності за несвоечасну оплату у разі затримки бюджетного фінансування та затримки перерахування коштів відповідним органом Державної казначейської служби України. У разі надходження бюджетних коштів на реєстраційний рахунок Органу соціального захисту населення відшкодування здійснюється згідно з пунктом 4 розділу II цього Договору.

VII. ОБСТАВИНИ НЕПЕРЕБОРНОЇ СИЛИ

1. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання зобов'язань за цим Договором внаслідок виникнення обставин непереборної сили, які не існували під час укладення цього Договору та виникли поза волею Сторін (аварія, катастрофа, стихійне лихо, епідемія, вибухи тощо).

2. Сторона, що не може виконувати зобов'язання за цим Договором внаслідок обставин непереборної сили, повинна не пізніше ніж протягом десяти календарних днів з моменту їх виникнення повідомити про це інші Сторони у письмовій формі з наданням підтверджених документів про настання форс-мажорних обставин, виданих уповноваженим органом.

3. У разі якщо строк дії обставин непереборної сили триває понад 20 календарних днів, кожна зі Сторін в установленому порядку має право розірвати цей Договір.

VIII. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

1. У разі виникнення спорів або розбіжностей Сторони зобов'язуються вирішувати їх шляхом взаємних переговорів та консультацій.

2. У разі недосягнення Сторонами згоди спори (розбіжності) вирішуються в судовому порядку за встановленою підвідомчістю та підсудністю такого спору відповідно до чинного законодавства України.

IX. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

Цей Договір набирає чинності з дати його підписання Сторонами та діє до 31.12.2019 року, а в частині виконання зобов'язань - до повного та належного їх виконання Сторонами за цим Договором.

X. ІНШІ УМОВИ

1. У випадках, не передбачених цим Договором, Сторони керуються чинним законодавством України.

2. Цей Договір укладається українською мовою у трьох примірниках, що мають однакову юридичну силу, по одному примірнику кожній Стороні.

3. Підписання цього Договору Сторони можуть здійснювати з використанням електронного цифрового підпису.

4. Умови цього Договору для Сторін мають однакову юридичну силу та можуть бути змінені Сторонами тільки за їх взаємною згодою з обов'язковим укладанням додаткової угоди, крім випадків, встановлених цим Договором.

5. Якщо протягом строку дії цього Договору Сторони змінять особисті дані, реквізити, інші дані, зазначені в цьому Договорі, або будуть реорганізовані, вони повинні невідкладно повідомити про це інші Сторони.

6. Жодна зі Сторін не має права передавати свої права та обов'язки за цим Договором третім особам без письмової на те згоди інших Сторін.

7. Цей Договір є конфіденційним, не розголошується і не передається Стороною іншим особам без письмової згоди на те інших Сторін, крім обставин, передбачених чинним законодавством.

8. Цей Договір може бути достроково розірваний за згодою Сторін та в інших випадках, передбачених чинним законодавством та цим Договором.

XI. ДОДАТКИ ДО ДОГОВОРУ

Невід'ємною частиною цього Договору є додаток до цього Договору - замовлення на виготовлення протезно-ортопедичного виробу з визначенням функціональних можливостей Особи

XII. РЕКВІЗИТИ

1. Особа з інвалідністю / дитина з інвалідністю / інша особа або їх законний представник

_____ (прізвище, ім'я, по батькові)

_____ (zareestrovane misce prozhivannya)

_____ (faktychne misce prozhivannya / perebuвання)

документ, що посвідчує особу та підтверджує громадянство України, серія (за наявності) [REDACTED] виданий [REDACTED] реєстраційний номер облікової картки платника податків [REDACTED]



(підпис)

2. Підприємство

ПОЛТАВСЬКЕ КАЗЕННЕ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧНЕ ПІДПРИЄМСТВО, 03187737

(найменування підприємства / установи, код за ЄДРПОУ)

36000 М.ПОЛТАВА вул. МОНАСТИРСЬКА 10

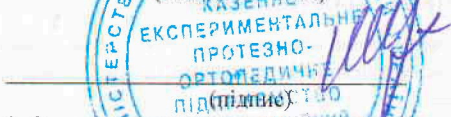
(місцезнаходження)

Банк: ПАТ "ПОЛТАВА-БАНК", р/р: 2600312067, МФО: 331489

(банківські реквізити)

ДИРЕКТОР
ЦЕГЕЛЬНИК
СЕРГІЙ ІВАНОВИЧ

(посада та П.І.Б.)



3. Орган соціального захисту населення

УПРАВЛІННЯ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ ГОРИШНЬОПЛАВНІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ПОЛТАВСЬКОЇ
ОБЛАСТІ, 05425371

(найменування структурного підрозділу з питань соціального захисту населення, код за ЄДРПОУ)

39800 ПОЛТАВСЬКА ОБЛАСТЬ, м. Горішні Плавні ВУЛ. МИРУ 29

(місцезнаходження)

Банк: ДЕРЖКАЗНСЛУЖБА УКРАЇНИ, КИЇВ, р/р: 35212098051987, МФО: 820172

(банківські реквізити)

НАЧАЛЬНИК УПРАВЛІННЯ
ЧЕРНЯВСЬКА
СВІТЛАНА ПІВРІВНА

(посада та П.І.Б.)



*Не заповнюється для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті.

орт 571

Сейсіджур

КОПІЯ

Трошан 561
Журик
811

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної політики України
14 вересня 2018 року № 1354

Затверджено

Заступник директора по мед.роботі *[підпис]* Проскурін О.С.
(посада, П. І. Б.)

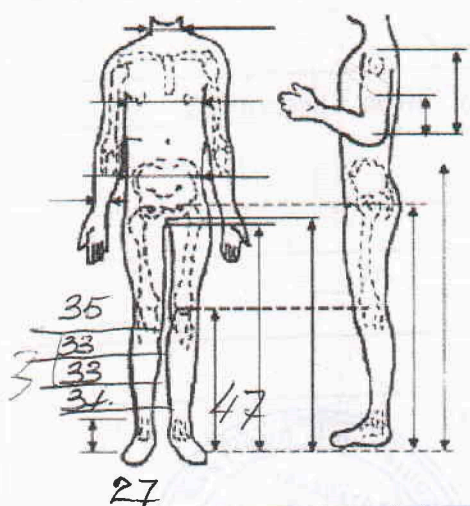
ПОЛТАВСЬКЕ КАЗЕННЕ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧНЕ ПІДПРИЄМСТВО

ЗАМОВЛЕННЯ*

на виготовлення протезно-ортопедичного виробу № 570 *(С)*

Дата заповнення 30 05 19 До картки протезування № 88041

- 1. Прізвище *[зачекировано]*
- 2. Дата народження / вік *[зачекировано]*
- 3. Місце проживання (zareestrowane) Торішні Тлавіні
- 4. Місце проживання / перебування (фактичне) *[зачекировано]*
- 5. Контактний телефон *[зачекировано]*
- 6. Електронна адреса (паспорт) *[зачекировано]*
- 7. Пільгова категорія 0623534



8. Причина інвалідності 733

група інвалідності II

9. Діагноз Курса ерв шфасе
Келеті Келет

10. Супутні захворювання, ускладнення

11. Вага пацієнта 70

12. Зріст пацієнта 178

13. Ступінь функціональних можливостей особи з порушеннями функцій нижніх кінцівок II

14. Вимоги до функціональних властивостей виробу (для осіб з порушеннями функцій верхніх кінцівок)

15. Призначення лікаря *[підпис]*

16. Технологія

Лікар *[підпис]* (підпис)

Технік *[зачекировано]* (прізвище та ініціали) (підпис)

Із призначенням ознайомлений(а) *[підпис]* (підпис)

Найменування виробу PH 3.4.2.4.0 (П. І. Б. замовника) (підпис)

Примірки

Дата виклику на примірку	Дата примірки	Результат примірки	Зауваження пацієнта	Заходи з усунення недоліків	Підпис
1	2	3	4	5	6

Дата виготовлення виробу _____

Дата запрошення для отримання виробу _____

Відмітка про медичний контроль _____

Відмітка про технічний контроль _____

Вартість виробу 17854 грн 00 коп. сімнадцять тисяч вісімсот
(словами)

п'ятдесят годин при 00 коп

Оплата: договір № _____ від _____ 20__ року / витяг з реєстру № _____
від _____ 20__ року.

Примітки _____

Здача виробу на склад готової продукції: Реєстр № _____ від _____ 20__ р.

Виріб отримав(ла), претензій не маю _____
(прізвище, ініціали одержувача) (підпис) (дата)

Зауваження, пропозиції, побажання пацієнта _____

ЗГІДНО
З ОРИГІНАЛОМ

Директор Полтавського КЕНОП
(підпис)



Особа, відповідальна за видачу _____
(інша уповноважена особа) (прізвище, ініціали) (підпис) (дата)

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».