

2019

ДОГОВІР № 49
про здійснення для дитини реабілітаційних заходів

«28» 05 2019 року

Управління соціального захисту населення Горішньоплавнівської міської ради Полтавської області в особі начальника управління Чернявської Світлани Петрівни, що діє на підставі Положення про управління (далі – (Замовник) з однієї сторони, реабілітаційна установа Товариство з обмеженою відповідальністю «Міжнародна реабілітаційна клініка Козьявкіна» в особі Козьявкіна Наталія Володимирівна, яка діє на підставі Статуту, (далі – Виконавець) з другої сторони та громадянка (далі - Представник дитини), що є одним з батьків /законним представником дитини, якій будуть надані реабілітаційні послуги, з третьої сторони, разом названі у подальшому „Сторони”, уклали цей Договір про здійснення для дитини реабілітаційних заходів про наступне.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

1.1. Виконавець зобов'язується в порядку та на умовах, визначених цим Договором, провести курс реабілітаційних заходів відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 27.03.2019 року №309 «Про затвердження Порядку використання у 2019 році коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення реабілітації дітей з інвалідністю внаслідок дитячого церебрального паралічу» для (ціент)

«Товариство з обмеженою відповідальністю «Міжнародна реабілітаційна клініка Козьявкіна»,
(назва реабілітаційної установи)

а Замовник зобов'язується оплатити реабілітаційні послуги згідно акту наданих послуг відповідно до умов цього Договору.

1.2. Виконавець надає Калькуляцію вартості реабілітаційних послуг, що є додатком до цього Договору.

2. ЦІНА ДОГОВОРУ ТА ВАРТІСТЬ ПОСЛУГ

2.1. Ціна Договору становить 16 000 грн.00 коп. (шістнадцять тисяч гривень 00 коп.) без ПДВ.

2.2. У ціну Договору може бути включено вартість проживання та/або харчування дитини, одного з батьків дитини (її законного представника) за умови, що вартість реабілітаційних послуг становить не менше 30 відсотків граничної вартості реабілітаційних заходів для цієї дитини.

2.3 Ціна цього Договору може бути змінена за взаємною згодою сторін

3. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКІВ

3.1. Оплата по даному Договору здійснюється Замовником у безготівковому порядку на розрахунковий рахунок Виконавця протягом 10 робочих днів з дня отримання підписаного акту приймання-передачі наданих послуг відповідно до ст. 49 Бюджетного кодексу України

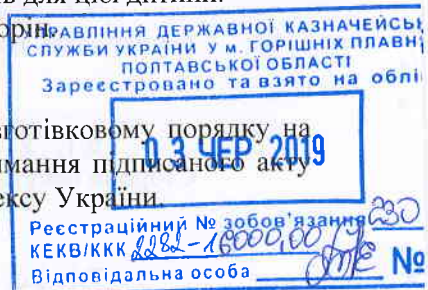
4. ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

4.1. Виконавець зобов'язаний:

4.1.1. Надати реабілітаційні послуги Пацієнту в період з 14.10.2019 року по 25.10.2019 року.

4.1.2. Надати реабілітаційні послуги дитині, якість яких відповідає умовам чинних державних стандартів та іншим нормам, встановленим чинним законодавством України для надання такого виду послуг, зокрема постановою Кабінету Міністрів України від 27.03.2019 № 309 «Про затвердження Порядку використання у 2019 році коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення реабілітації дітей з інвалідністю внаслідок дитячого церебрального паралічу» .

4.1.3. Після надання Пацієнту реабілітаційних заходів подати Замовнику акт наданих



послуг і документ щодо проведення розрахунків за результатами надання реабілітаційних послуг згідно з умовами договору.

4.1.4. Видати одному з батьків дитини чи її законному представникові довідку (інший документ) про здійснені реабілітаційних заходів та результати реабілітації.

4.1.5. Нести інші обов'язки, визначені законодавством.

4.2. Замовник зобов'язаний:

4.2.1. Своєчасно проводити розрахунки з Виконавцем за надані послуги по даному Договору.

4.2.2 Підписати акт приймання-передачі наданих послуг.

4.2.3. Направляти пацієнта на реабілітацію до Виконавця за умови, що реабілітаційні заходи визначені додатком до цього Договору, рекомендовані індивідуальною програмою реабілітації, що видана лікарсько-консультативною комісією лікувально-профілактичного закладу.

4.3. Замовник має право:

4.3.1. Контролювати надання реабілітаційних послуг у строки, встановлені цим Договором.

4.3.2. Зменшувати загальну вартість цього Договору залежно від реального фінансування видатків та фактичного обсягу наданих послуг. У такому разі Сторони вносять відповідні зміни до цього Договору.

4.4. Представник дитини зобов'язаний:

4.4.1. При прибутті до лікувального закладу мати при собі посвідчення особи (паспорт або інший документ, що посвідчує особу).

4.4.2. Повідомити лікарю наявну інформацію про стан здоров'я Пацієнта, а саме: про перенесені або наявні захворювання, про переливання крові, інформацію про медикаменти, що приймалися Пацієнтом і надати Виконавцю усі необхідні документи (в т.ч. довідку про епідеміологічне оточення Пацієнта за останні 3 тижні до початку курсу лікування Пацієнта, медичні висновки, виписку з історії хвороби та інші) до початку реабілітаційних заходів.

4.4.3. Ознайомитись і сумлінно виконувати встановлені Правила перебування в закладі та правила техніки безпеки.

4.4.4. У випадку, якщо йому стало відомо про появи болю, дискомфорту та інших скарг від Пацієнта під час реабілітаційних заходів, негайно повідомити лікуючого лікаря або черговий медичний персонал Виконавця.

5. ТЕРМІН ДІЇ ДОГОВОРУ ТА РОЗІРВАННЯ

5.1. Цей Договір набуває чинності з моменту підписання його трьома сторонами і діє до **31 грудня 2019 року**, а в частині розрахунків – до повного виконання сторонами своїх зобов'язань.

5.2. Сторони, за взаємною домовленістю, можуть припинити дію цього Договору раніше терміну, що обумовлений п. 5.1. цього Договору, попередньо повідомивши про це письмово іншу Сторону.

5.3. У випадку розірвання цього Договору за ініціативою однієї з Сторін, ця Сторона відшкодовує іншій Стороні її фактичні витрати за цим Договором на момент його розірвання.

6. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

6.1. У разі невиконання або неналежного виконання своїх зобов'язань за Договором Сторони несуть відповідальність, передбачену законами та цим Договором.

7. ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

7.1. Усі суперечки або розбіжності, що можуть виникнути при виконанні цього Договору, Сторони вирішують шляхом переговорів.

7.2 У разі, якщо домовленості не буде досягнуто, спірні питання вирішуються у судовому порядку у відповідності до чинного законодавства України.

8. ІНШІ УМОВИ

8.1. Цей Договір укладено українською мовою у трьох примірниках, які мають однакову юридичну силу, по одному для кожної із Сторін.

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

8.3. Фізичні особи, які підписали даний Договір, своїми підписами засвідчують, що вони:
- надали згоду на обробку своїх персональних даних, які містяться в тексті даного Договору, з метою забезпечення реалізації відповідних цивільно-правових і господарсько-правових відносин Сторін в базах персональних даних контрагентів Сторін;

- повідомлені щодо включення інформації до бази персональних даних відповідно до ст.8 Закону України «Про захист персональних даних».

8.4. Кожна із Сторін цього Договору також гарантує і підтверджує іншим Сторонам, що на обробку персональних даних інших фізичних осіб, які не є Сторонами (представниками Сторін) цього Договору, наданих у відповідності з даним Договором, також отримано згоду цих інших фізичних осіб на використання їх персональних даних і вони повідомлені про можливість використання їх персональних даних.

8.5. Будь які зміни та доповнення до Договору вважаються дійсними, якщо вони здійсненні в письмовій формі та підписані уповноваженими на це представниками Сторін

9. ДОДАТКИ ДО ДОГОВОРУ

9.1 Невід'ємною частиною цього Договору є Калькуляція вартості реабілітаційних послуг (Додаток1)

10. МІСЦЕЗНАХОДЖЕННЯ ТА РЕКВІЗИТИ СТОРІН

10.1. Сторони зобов'язуються негайно письмово повідомляти одна одну у випадку зміни реквізитів, вказаних у п. 10.1. цього Договору протягом п'яти днів.

ЗАМОВНИК:

УСЗН Горішньоплавнівської міськради

Полтавської області

39800, Полтавська область,

м. Горішні Плавні,

вул. Миру, 29

Р/Р 35211077051987,

в ДКСУ м. Києва

МФО 820172,

код ЄДРПОУ 05425371

тел. (05348) 4-45-79

E-mail: soc@np-uszn.gov.ua

Начальник управління

Чернявська С.П.

М.П.

ВИКОНАВЕЦЬ:

ТОВ «МІЖНАРОДНА РЕАБІЛІТАЦІЙНА
КЛІНІКА КОЗЯВКІНА»

82200, Львівська обл., м. Трускавець,

вул. Помірецька, 37

Рахунок №26008011152993

ПАТ «Кредобанк» м.Львів

МФО 325365, Код ЄДРПОУ 42179792

Тел: (03247) 6-52-00, 068-224-40-00

E-mail: clinic@kozyavkin.com

Директор

/Козьявкіна Н.В.

М.П.

ПРЕДСТАВНИК ДИТИНИ:

С
Ф
М
П
Л
Р

229.

Математика
Учитель Г.М. Олександрович

