

ДОГОВОР № _____
О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ПЛАТНЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

« ____ » _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Волгоградское областное бюро судебно-медицинской экспертизы» (лицензия № ЛО-34-01-003638 от 12.02.2018г., выданная Комитетом здравоохранения Волгоградской области), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании доверенности № _____ от 03.10.2020, с одной стороны, и _____, паспортные данные _____, зарегистрированный по адресу: _____, именуемый в дальнейшем «Заказчик» заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. «Исполнитель» оказывает «Заказчику» следующую судебно-медицинскую услугу: « _____ (по **прейскуранту**)», именуемая в дальнейшем «услуга» или «судебно-медицинская услуга». Срок оказания услуги: в течение 30 дней с момента получения «Исполнителем» оплаты и наличия у «Исполнителя» всех необходимых материалов для исполнения услуги.

1.2. «Заказчик» оплачивает оказываемую услугу в порядке, установленном п.п. 4.1 – 4.4. настоящего договора.

Стоимость судебно-медицинской услуги составляет _____ рублей (_____ рублей)

2. Права и обязанности сторон

2.1. «Исполнитель» обязуется:

2.1.1. Оказывать качественную судебно-медицинскую услугу в соответствии с Порядком организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации (утв. приказом Минздравсоцразвития РФ от 10.08.2010 г. N346н.); Правилами определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (утв. постановлением Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522); Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2008 г. N 194н "Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека", а также нормативными документами, действующими в системе здравоохранения.

2.2. «Заказчик» обязуется:

2.2.1. Оплатить стоимость предоставляемой судебно-медицинской услуги в порядке и по ценам, установленным настоящим договором. Предоставить «Исполнителю» копию квитанции, в которой должно быть указано за кого произведена оплата, номер экспертизы.

2.2.2. Выполнять требования «Исполнителя», обеспечивающие качественное предоставление платной судебно-медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений, срочное предоставление оригиналов недостающей медицинской документации, данных лабораторных методов исследований (ксерокопии не принимаются).

2.3. После оказания услуг подписать Акт.

2.4. «Заказчик» вправе отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты «Исполнителю» фактически понесенных им расходов.

3. Информация о предоставляемой услуге

3.1. «Заказчик» уведомляется, что данная судебно-медицинская услуга:

- а) не предусмотрена программой обязательного медицинского страхования и может быть оказана за плату;
- в) не финансируется из бюджета.

3.2. «Заказчик» подтверждает, что ознакомлен с дополнительной информацией, касающейся особенностей данной услуги и условий её предоставления, вывешенной на стенде информации медицинского учреждения, об условиях, порядке оказания платных медицинских услуг.

4. Порядок расчетов

4.1. Оплата за судебно-медицинскую услугу производится в учреждениях банковской системы по следующим реквизитам:

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Волгоградское областное бюро судебно-медицинской экспертизы»
(ГБУЗ «ВОБСМЭ»)**

**Почтовый адрес: 400081, г. Волгоград, ул. им. Хорошева, дом 8а, пом. IV
ИНН 3443900052, КПП 344301001**

**УФК по Волгоградской области
(ГБУЗ «ВОБСМЭ» л/с 20296Э31790)**

**Расчетный счет 40601810700001000002 в ОТДЕЛЕНИИ ВОЛГОГРАД Г. ВОЛГОГРАД
БИК 041806001**

ОГРН 1023402977113

ОКТМО 18701000

ОКВЭД 86.90.2

ОКПО 04044046

КБК 0000000000000000000130

Тел. 36-75-55

Тел. Бухгалтерии 36-77-47

Факс 36-75-55

E-mail: vobsme@volganet.ru

**Назначение платежа: За судебно-медицинскую экспертизу по дог. _____ от _____
(наименование отделения, например «Волжское СМО»)**

4.2. Расчеты за предоставляемую судебно-медицинскую услугу производятся «Заказчиком» в порядке оплаты в банковских организациях или посредством внесения наличных денежных средств в кассу «Исполнителя» по адресу – г. Волгоград, ул. им. Хорошева 8а, пом. IV.

4.3. В случае невозможности исполнения судебно-медицинской услуги, возникающей по вине «Заказчика», установленной законным путем, услуги подлежат оплате в полном объеме.

4.4. В случае, когда невозможность исполнения услуги возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, «Заказчик» возмещает «Исполнителю» фактически понесенные им расходы.

5. Условия оказания судебно-медицинской услуги.

5.1. «Исполнитель» приступает к оказанию услуги после получения квитанции или кассового чека. Моментом получения денежных средств «Исполнителем» от «Заказчика» является получение выписки из лицевого счета учреждения с УФК по Волгоградской области.

6. Ответственность сторон

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.2. За нарушение установленных настоящим договором сроков исполнения услуги «Исполнитель» уплачивает «Заказчику» за каждый день просрочки неустойку в размере 3% цены услуги, указанной в п. 1.2 настоящего договора.

6.3. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы или нарушения «Заказчиком» рекомендаций «Исполнителя», а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

6.4. В случае возникновения спора, «Заказчик» должен направить претензию «Исполнителю».

6.5. В случае не урегулирования спора в претензионном порядке «Заказчик» вправе обратиться в суд.

7. Конфиденциальность

7.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

8. Заключительные положения

8.1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до окончания судебно-медицинской услуги.

8.2. Адреса и реквизиты сторон:

«Исполнитель»
ГБУЗ «ВОБСМЭ»
(ФИО Врача- смэ и подпись)

«Заказчик»

_____ тел.

ОБРАЗОК