**ДОГОВОР ОБ ОКАЗАНИИ УСЛУГ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

г. Краснодар «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице проректора по учебной и воспитательной работе Гайворонской Татьяны Владимировны, действующей на основании доверенности № 2 от 10.01.2022 г. и Устава, и «Заказчик»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/ фамилия, имя, отчество «ЗАКАЗЧИКА»/

с соблюдением требований действующего законодательства заключили договор о нижеследующем.

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательства оказать Заказчику услуги по проведению процедуры допуска к осуществлению медицинской или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала (далее – Услуга).

1.2. Порядок оказания Услуги Исполнителем определен соответствующим локальным актом Исполнителя, с которым Заказчик знакомится под подпись до подписания настоящего Договора, что также подтверждает проставленная на Договоре подпись.

1.3. В целях исполнения настоящего Договора Исполнитель совершает все необходимые действия по обработке персональных данных Заказчика и хранению документов их содержащих в течение 5 лет после завершения действия Договора.

**2. ОБЯЗАННОСТИ И ПРАВА СТОРОН**

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Заказчику Услуги, определенные в п. 1.1. настоящего Договора, на своей базе собственными силами, качественно и в сроки, предусмотренные условиями Договора.

2.1.2. По факту оказания Услуг выдать Заказчику документ, подтверждающий прохождение процедуры допуска, – «Выписку из протокола сдачи экзамена».

2.1.3. Обеспечить соответствие оказываемых Услуг требованиям действующего законодательства к процедуре допуска к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала.

2.2. Заказчик обязуется:

2.2.1. Оплатить стоимость оказываемых Услуг в порядке, предусмотренном условиями настоящего Договора, и предоставить копию платежного документа Исполнителю.

2.2.2. Предоставить Исполнителю документы, подтверждающие принадлежность Заказчика к той или иной категории лиц, имеющих право на участие в процедуре получения допуска к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала.

2.2.3. Обеспечить присутствие при оказании Услуги в сроки, определенные Сторонами в настоящем Договоре.

2.3. Заказчик вправе получать информацию от Исполнителя о ходе и порядке надлежащего предоставления Услуг, предусмотренных настоящим Договором.

**3. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ. СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

3.1. Стоимость Услуг, оказываемых в рамках настоящего Договора составляет **1500** (одна тысяча пятьсот) рублей, в том числе НДС 20 %.

3.2. Денежные средства за Услуги перечисляются Заказчиком на расчетный счет Исполнителя в порядке 100% предоплаты в течение 3 (трёх) рабочих дней с момента подписания настоящего Договора. Копия квитанции об оплате предъявляется Исполнителю с пакетом документов для участия в процедуре допуска.

3.3. Срок оказания Услуги определяется расписанием Исполнителя не позднее 14 календарных дней до момента начала оказания Услуги, которое размещается для ознакомления на официальном сайте ksma.ru – Структура вуза – Мультипрофильный аккредитационно-симуляционный центр.

**4. ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА**

4.1. Настоящий договор может быть изменен по соглашению Сторон в соответствии с действующим законодательством РФ путем оформления дополнительного соглашения, подписанного уполномоченными представителями от каждой Стороны.

4.2. Настоящий Договор может быть расторгнут до истечения срока его действия:

- по соглашению Сторон;

- в одностороннем порядке по инициативе Исполнителя в связи с неисполнением Заказчиком условий, предусмотренных пунктами 2.2.2. и 3.2. настоящего Договора;

- в одностороннем порядке по инициативе Заказчика независимо от причин;

- по обстоятельствам, не зависящим от воли Сторон, в том числе в случае ликвидации Исполнителя.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации и настоящим Договором.

5.2. В случае не прохождения Заказчиком какого-либо из этапов процедуры допуска денежные средства возврату не подлежат.

5.3. Споры, возникающие между Сторонами, разрешаются в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

**6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения обязательств по нему.

6.2. Стороны пришли к соглашению считать факсимильную подпись на договоре уполномоченного лица УНИВЕРСИТЕТА имеющей силу оригинала.

6.3. Договор заключается в двух идентичных экземплярах, один из которых хранится у Заказчика, второй – у Исполнителя.

**«ЗАКАЗЧИК»:**

/ФИО ЗАКАЗЧИКА полностью/

Паспорт: серия номер выдан « » года

/место выдачи паспорта/

/адрес регистрации по месту жительства/

/номер телефона/

**Заказчик** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **/**

 /фамилия, имя, отчество «ЗАКАЗЧИКА» полностью/ /подпись/

**«ИСПОЛНИТЕЛЬ»:**

**Полное наименование:** Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

Адрес: 350063 г. Краснодар, ул. им. Митрофана Седина 4

**Банковские реквизиты:**

ИНН: 2309023448, КПП: 230901001

УФК по Краснодарскому краю (ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России л/с 20186Х68980)

БИК банка получателя: 010349101

Наименование банка получателя: Южное ГУ Банка России//УФК по Краснодарскому краю г. Краснодар

Номер счета банка получателя (номер банковского счета, входящего в состав единого казначейского счета): 40102810945370000010

Номер счета получателя (номер казначейского счета): 03214643000000011800

**Контактные телефоны:** (контрактный отдел) тел./факс: +7 (861) 262-06-49; e-mail: okfo-doc2@ksma.ru

www. ksma.ru, e-mail: corpus@ksma.ru

Проректор по учебной и воспитательной работе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Т.В. Гайворонская

М.П.