**Договор на оказание услуг**

г. Горно-Алтайск « \_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

Автономное учреждение здравоохранения Республики Алтай « Республиканская стоматологическая поликлиника» в лице главного врача Пономаренко Антона Аркадьевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, именуемое в дальней «Исполнитель» и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны, именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**

1.1. По настоящему Договору «Исполнитель» обязуется оказать услуги по медицинскому осмотру работников «Заказчика», а «Заказчик» обязуется оплатить эти услуги.

1.2.«Исполнитель» оказывает «Заказчику» услуги с момента подписания настоящего Договора (с 14.00.до 17.00 в 10каб. АУЗ РА «РСП»).

1. **Обязанности сторон**
   1. **Исполнитель обязан:**
      1. Проводить медицинский осмотр сотрудников «Заказчика». Оказывать услуги с надлежащем качеством и в полном объеме.

**2.2. «Заказчик» обязан:**

2.2.1.Предоставить списки лиц, подлежащих медосмотру (приложение 1 к договору).

2.2.2. «Заказчик» обязан письменно уведомлять «Исполнителя» об изменении или дополнении списка лиц, подлежащих медосмотру.

2.2.2.«Заказчик» обязуется произвести оплату услуг.

1. **Цена, порядок расчета**

3.1. Оплату оказанных услуг, предусмотренных настоящим договором, производится по прейскуранту цен (1 услуга – 190 рублей).

3.2.«Исполнитель» на основании акта оказанных услуг выставляет «Заказчику» счет-фактуру на оплату оказанных услуг.

3.3.Оплата услуг производится «Заказчиком» в безналичном порядке, в течение 10 банковских дней, с момента выставление счет - фактуры, путем перечисления денежных средств на счет «Исполнителя».

1. **Ответственность сторон**

4.1.За неисполнение своих обязательств стороны несут ответственность согласно требованиям настоящего договора и в соответствии с действующем Законодательством Российской Федерации.

4.2.Разногласия возникшие в процессе исполнения условий настоящего договора, рассматриваются сторонами в целях выработки обоюдного решения. В случае не достижения договоренности стороны могут обратиться в суд.

4.3.При несвоевременной или неполной оплате финансовых счетов за оказанные услуги Заказчику начисляется пеня в размере 1 % от неоплаченной суммы за каждый день просрочки.

1. **Срок действия договора**

5.1.Начало действия договора устанавливается с \_\_\_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. **Прочие условия**

6.1.Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую

юридическую силу и находящиеся у каждой из Сторон Договора.

* 1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору должны быть совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на это лицами.

**7. Юридический адрес сторон**

**ИСПОЛНИТЕЛЬ ЗАКАЗЧИК**

|  |
| --- |
| Автономное учреждение здравоохранения  Республики Алтай  «Республиканская стоматологическая  поликлиника» |
| Адрес: 649000, Республика Алтай  г. Горно-Алтайск,  ул. Социалистическая, 19  тел. 8(388-22) 21189, факс 27026  e-mail: [guz.rsp@mail.ru](mailto:guz.rsp@mail.ru)  Банковские реквизиты  ИНН 0411008292  БИК 048405001 КПП 041101001  ОГРН 1020400752635  р/с 40601810500001000001 в ГРКЦ НБ РА  Банка России г. Горно-Алтайск  л/с 30776У87590 в УФК РФ по РА  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.А.Пономаренко \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  М.П. М.П. Ф.И.О.  «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г. «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г. |