

ДОГОВОР О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ПЛАТНЫХ УСЛУГ № 2КР7а-___/2019

город Ханты-Мансийск
года

«01» апреля 2019

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ханты-Мансийский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Директора Завтур Марии Александровны, действующей на основании Устава, с одной стороны,

и **Петров Петр Петрович**

(Ф.И.О. получателя услуг в дальнейшем)

именуемый в дальнейшем «Заказчик», свидетельство рождения / П-ПН №000000 выдан «05» 04.2013 г. Отдел ЗАГС администрации города Ханты-Мансийска Ханты – Мансийского автономного округа –Югры Тюменской области

наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность Заказчика), проживающий по адресу ул. Свободы, д. 2, г. Ханты - Мансийск

в лице Петровой Марии Сергеевны,

(фамилия, имя, отчество законного представителя Заказчика, наименование и реквизиты действующего(ей) на основании паспорта серии 1111№000000 выдан «12» 07 2011 г. Отделом УФМС России по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре в г. Ханты-Мансийске

документов, удостоверяющих личность и полномочия законного представителя Заказчика) проживающего(ей) по адресу ул. Свободы, д. 2, г. Ханты - Мансийск с другой стороны, совместно именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

документов, удостоверяющих личность и полномочия законного представителя Заказчика) проживающего(ей) по адресу ул. Свободы, д. 2, г. Ханты - Мансийск с другой стороны, совместно именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ИСПОЛНИТЕЛЯ:

Исполнитель обязуется:

1.1. Оказать платные услуги Заказчику в условиях (*нужное подчеркнуть*):

1.1.1. краткосрочного пребывания отделения психолого-педагогической помощи, режим работы которого определяется следующим графиком: с понедельника по субботу с 8.00 до 18.00, выходные дни: воскресенье, праздничные дни.

1.1.2. краткосрочного пребывания отделения диагностики, разработки и реализации программ социально-медицинской реабилитации «Служба домашнего визитирования», режим работы которого определяется следующим графиком: с понедельника по пятницу с 8.00 до 15.30, выходные дни: суббота, воскресенье, праздничные дни.

1.1.3. отделения дневного пребывания, режим работы которого определяется следующим графиком: с понедельника по пятницу с 07.30 до 18.00, выходные дни: суббота, воскресенье, праздничные дни.

Для Заказчика время назначается индивидуально.

1.2. Оказывать Заказчику услуги в соответствии с Приложением 1 к настоящему договору.

1.3. По результатам оказания услуг предоставить Заказчику подписанный в 2-х экземплярах акт предоставленных услуг.

2. ПРАВА ИСПОЛНИТЕЛЯ:

Исполнитель имеет право:

2.1. Отказать в предоставлении услуг Заказчику в случае нарушения им условий настоящего договора.

2.2. Требовать от Заказчика соблюдения им условий настоящего договора, а также правил внутреннего распорядка для клиентов/получателей социальных услуг.

2.3. Получать от Заказчика информацию (сведения, документы), необходимые для выполнения своих обязательств по настоящему договору. В случае не предоставления, либо неполного предоставления Заказчиком такой информации (сведений, документов), Исполнитель вправе приостановить исполнение своих обязательств по настоящему договору до предоставления требуемой информации (сведений, документов).

3. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ЗАКАЗЧИКА:

Заказчик обязуется:

3.1. Обеспечить оплату услуг, определенных Приложением 1 к настоящему договору, в течение 3-х рабочих дней.

3.2. Обеспечить получение услуг в соответствии с Приложением 1 к настоящему договору.

3.3. Соблюдать сроки и условия настоящего договора.

3.4. Извещать устно ответственного специалиста Исполнителя о начале болезни Заказчика в первый день его заболевания и о дате ее окончания (в случае прохождения курса реабилитации).

3.5. В иных случаях отсутствия, оговоренных в договоре, ставить в известность Исполнителя в письменной форме.

3.6. Нести полную ответственность за жизнь, здоровье и безопасность несовершеннолетнего при его сопровождении на территории Исполнителя, сопровождении на мероприятиях, организуемых и проводимых Исполнителем.

4. ПРАВА ЗАКАЗЧИКА:

Заказчик имеет право:

4.1. На уважительное и гуманное отношение.

4.2. На отказ от предоставления платных услуг.

4.3. Потребовать расторжения настоящего договора при нарушении их условий Исполнителем.

5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. В случае отказа от завершения прохождения курса реабилитации Заказчиком по неуважительным причинам Исполнитель не компенсирует затраченные денежные средства.

5.2. Настоящий договор действует с **«01» апреля 2019 по «24» мая 2019 года.**

5.3. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также по основаниям, предусмотренным п. 2, в случае неисполнения Заказчиком п.п.3.1.-3.6. настоящего договора.

5.4. Настоящий договор считается расторгнутым со дня письменного уведомления Исполнителем Заказчика об отказе от исполнения настоящего договора, если иные сроки не установлены настоящим договором.

5.5. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

5.6. Неотъемлемой частью настоящего договора являются:

5.6.1. перечень платных услуг, предоставляемых Заказчику (Приложение 1 к настоящему договору),

5.6.2. акт предоставленных услуг, подписанный Сторонами по результатам оказания услуг, в 2-х экземплярах (Приложение 2 к настоящему договору).

6. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

6.1. В соответствии со ст. 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.06 г. «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку Исполнителем своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, семейное положение, данные о рождении членов семьи, контактный (е) телефон(ы).

6.2. Настоящим подтверждаю, что Исполнитель вправе осуществлять все действия с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, использование, а также передачу персональных данных третьим лицам, в случаях, установленных нормативными документами вышестоящих органов и законодательством.

6.3. Настоящее согласие действует бессрочно.

«01» апреля 2019 г.

_____/ Петрова М.С.
подпись Заказчика/ расшифровка подписи

7. ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:	ЗАКАЗЧИК
<p>Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ханты-Мансийский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» 628002, ул.Красногвардейская,7-а, г.Ханты-Мансийск, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра (Тюменская область), ИНН/КПП 8601016183/860101001 Р/с 40601810200003000001 Л/с 290336340 РКЦ Ханты-Мансийск БИК 047162000 _____/М.А. Завтур/ « ____ » _____ 201__ год</p> <p><u>Заведующий отделением/специалист по социальной работе</u> _____/О.А. Бокова/ « ____ » _____ 201__ год</p>	<p><u>Петров Петр Петрович</u>, Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка свидетельство о рождении / <u>П-ПН</u> № 000000 выдан «05» 04.2013 г. <u>Отдел ЗАГС администрации города Ханты-Мансийска Ханты – Мансийского автономного округа –Югры Тюменской области ул. Свободы, д. 2 г. Ханты - Мансийск</u> Адрес места жительства ребенка <u>Петрова Мария Сергеевна</u> Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя <u>серии паспорта 1111№000000</u> выдан «12» 07 2011 г. <u>Отделом УФМС России по Ханты-Мансийскому автономному округу –Югре в г. Ханты - Мансийске</u> Адрес места жительства законного представителя с указанием муниципального образования <u>ул. Свободы, д. 2, г. Ханты - Мансийск</u> <u>Петрова М.С./</u> _____ «01» апреля 2019 год</p>

Один экземпляр договора получен на руки

_____/ Петрова М.С.
подпись расшифровка подписи
«01» апреля 2019 год

Перечень платных услуг, предоставляемых Заказчику

№ п/п	Наименование услуги	Стоимость услуги	Затрачиваемое время	Количество	Сумма
Социально-педагогические услуги					
1.	Социально-педагогическое консультирование, включая диагностику и коррекцию				
1.1.	коррекционные занятия с логопедом	439,35	40 мин	10	4393,5
Итого			услуг	10	4393,5

Услуги, предусмотренные индивидуальной программой предоставления социальных услуг, запланированы / получаю / получил в полном объеме
нужное подчеркнуть

«01» апреля 2019 г.

(подпись)

Петрова М.С.
(расшифровка подписи)

Даю свое согласие на полную оплату.

«01» апреля 2019 г.

(подпись)

Петрова М.С.
(расшифровка подписи)

Сумма оплаты составляет **4393** рублей **50** копеек (**четыре тысячи триста девяносто три рубля пятьдесят копеек**).

Заведующий отделением /
Специалист по социальной
работе

подпись

расшифровка подписи

Бухгалтер

подпись

расшифровка подписи