|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, инициалы)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (место работы)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (контактный телефон) | Главному врачу  государственного учреждения  «Ельский районный центр  гигиены и эпидемиологии»  Жук М.Н. | |  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу Вас оказать на возмездной основе санитарно-эпидемиологические услуги в следующем объёме: проведение аттестации (оценки знаний) в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

С условиями ДОГОВОРА и ОПЛАТОЙ ознакомлен(-а) и согласен(-а).

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 \_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата заполнения) (подпись) (расшифровка подписи)

**ДОГОВОР**

**на оказание платных санитарно-эпидемиологических** **услуг**

**гражданам Республики Беларусь**

г. Ельск « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 \_\_ года

Государственное учреждение «Ельский районный центр гигиены и эпидемиологии», в лице главного врача Жук М.Н., действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, инициалы, адрес, паспортные данные)

именуемый (-ая) в дальнейшем «Заказчик», действующего на основании собственного волеизъявления с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.**
   1. «Исполнитель» обязуется оказать, а «Заказчик» оплатить и принять санитарно-эпидемиологические услуги, перечень которых оговорён в заявлении, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.
   2. Цель предоставления платных санитарно-эпидемиологических услуг – получение дополнительных финансовых средств для содержания учреждения здравоохранения (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09 декабря 2015 года № 117).
2. **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАКАЗЧИКА.**
   1. «Заказчик» обязан:
      1. своевременно оплатить стоимость платной санитарно-эпидемиологической услуги;
      2. соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, действующие у «Исполнителя»;
      3. своевременно информировать «Исполнителя» об обстоятельствах, которые могут повлиять на исполнение настоящего договора.
3. **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ.**
   1. «Исполнитель» обязан:
      1. обеспечить соответствие оказываемых «Заказчику» платных санитарно-эпидемиологических услуг в соответствии с требованиями, установленными законодательством;
   2. «Исполнитель» освобождается от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору при наличии обстоятельств непреодолимой силы (пожар, наводнение и т.д. вооруженные конфликты, изменение действующего законодательства Республики Беларусь), возникших после заключения настоящего Договора.
4. **ЦЕНЫ И ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ.**
   1. Оплата производиться в белорусских рублях.
   2. Цена на платные санитарно-эпидемиологические услуги определена Прейскурантом.
   3. Стоимость санитарно-эпидемиологической услуги по настоящему договору на время его заключения в соответствии с соглашением сторон составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
5. **ОТВЕСТВЕННОСТИ СТОРОН.**
   1. Стороны несут ответственность по законодательству Республики Беларусь.
6. **СРОКИ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.**
   1. Договор действует с момента подписания и до оказания санитарно-эпидемиологической услуги «Заказчика.
   2. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.

|  |  |
| --- | --- |
| Заказчик:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | Исполнитель:  Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.Н. Жук  (подпись)  М.П. |