

И. Договор № _____ на проведение судебно-медицинской экспертизы / исследования

г.Уфа

«__» _____ 202__ г.

(наименование или Ф.И.О.), именуем _____ в дальнейшем «Заказчик», в лице _____ (должность, Ф.И.О.), действующий на основании _____ (документ, подтверждающий полномочия), с одной стороны и государственное бюджетное учреждение здравоохранения Бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, ОГРН 1020202397214, ИНН 0273020849, лицензия выдана МЗ РБ, бессрочно на осуществление медицинской деятельности от 10.06.2019 г. №ЛО-02-01-007151, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице начальника Александры Валерьевны Орловской, действующей на основании Устава, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. «Заказчик» поручает и обязуется оплатить в порядке и размере, установленных настоящим Договором, а «Исполнитель» оказывает платные медицинские услуги (далее по тексту – Услуги): проведение судебно-медицинской экспертизы/исследования в соответствии с «Перечнем Услуг и расчетом стоимости Договора» (приложение №2). Ход и результаты оказания Услуг излагаются в письменном виде в форме «Заключения эксперта» / «Акта исследования».

1.2. Услуги оказываются на основании: Определения судьи/заявления лица, получающего платные медицинские услуги (Приложение №1): _____

(указывается наименование суда, вынесшего определение, по какому гражданскому делу в отношении кого и по чьему иску)

1.3. Срок оказания Услуг: с «__» _____ 202__ г. по «__» _____ 202__ г.

1.4. Заказчик при подписании настоящего Договора ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, стоимостью и условиями их предоставления.

1.5. Исполнитель оказывает Услуги по месту своего нахождения по адресу: 450112, Республика Башкортостан, г.Уфа, ул.Цветочная, д.2.

1.6. Услуги предоставляются в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. «Исполнитель» обязан:

2.1.1. Выполнить квалифицированно, качественно Услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к данному виду медицинской деятельности на территории Российской Федерации, предусмотренные п.1.1. Договора, в полном объеме и в срок в соответствии с условиями Договора.

2.1.2. Оформить необходимую документацию, соблюдая установленные законодательством Российской Федерации требования.

2.1.3. Представлять Заказчику доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге, в том числе в рамках Программы Госгарантий.

2.2. «Заказчик» обязан:

2.2.1. Соблюдать Правила предоставления платных медицинских услуг, утвержденные Исполнителем.

2.2.2. Оплатить оказанные услуги в соответствии с разделом 4 настоящего Договора.

2.2.3. Обеспечить предоставление медицинской документации и иных объектов, необходимых для оказания Услуги.

2.2.4. Подписать Акта приемки оказанных услуг.

2.3. «Заказчик» имеет право:

2.3.1. На информацию об услугах, режиме работы «Исполнителя», об условиях предоставления этих услуг, сведений о квалификации специалистов.

2.4. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора в соответствии с ФЗ от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

3.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

3.2. В случае не подписании «Заказчиком» Акта приемки оказанных услуг в течение 5 (пяти) рабочих дней, Услуги по договору считаются принятыми и соответствующими условиям Договора.

3.3. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

3.4. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 5 (пяти) рабочих дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Общая стоимость Услуг по Договору составляет: _____ рублей (_____) рублей, ____ копеек, без НДС. (Приложение №2). Стоимость Договора определена на основании прейскуранта цен на платные медицинские услуги, оказываемые ГБУЗ БСМЭ МЗ РБ.

4.2. «Заказчик» производит 100% предварительную оплату Услуги путем перечисления денежных средств на лицевой счет «Исполнителя».

5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

5.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

5.2. При неурегулировании в процессе переговоров спорные вопросы подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», Постановление Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу Постановление Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. №1006».

6.2. Договор вступает в силу с момента подписания, и считается исполненным с момента направления «Заключения эксперта» в орган, назначивший судебно-медицинскую экспертизу, либо выдачи на руки «Акта исследования».

6.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

6.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

6.5. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

- Приложение №1 Заявление лица, обратившегося за получением Услуги;
- Приложение №2 Перечень услуг и расчет стоимости Договора;
- Приложение №3 Акт приемки оказанных услуг;
- Приложение №4 Согласие на обработку персональных данных.

7. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ЗАКАЗЧИК:

Наименование/Ф.И.О.:

Адрес: _____

ОГРН/ОГРНИП

ИНН/КПП _____

Р/счет _____

в _____

К/с _____

БИК _____

Документ, удостоверяющий личность:

Телефон: _____

E-mail: _____

Заказчик _____ / _____ /

подпись /ФИО

МП (при наличии)

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения Бюро судебно-медицинской
экспертизы Министерства здравоохранения
Республики Башкортостан

450112, Республика Башкортостан

г. Уфа, ул. Цветочная, д.2

ОГРН 1020202397214 ОКВЭД 86.90.2

ИНН 0273020849 КПП 027301001

Получатель: Министерство финансов РБ

(ГБУЗ Бюро судебно-медицинской экспертизы
МЗ РБ л/с 20112040090)

Банк: Отделение-НБ Республики

Башкортостан Банка России\УФК по

Республике Башкортостан г.Уфа

Номер казначейского счета:

03224643800000000100

ЕКС: 40102810045370000067

БИК ТОФК 018073401

Телефон/факс: +7(347)284-82-03

E-mail: UFA.BSME@doctorrub.ru

Начальник ГБУЗ БСМЭ МЗ РБ

_____ /А.В. Орловская

МП

Заявление

Я, _____ (ФИО полностью), _____ г.р.
документ, удостоверяющий личность¹ _____ (серия, номер),
выдан _____ (кем и когда),
зарегистрированный и проживающий по адресу: _____

прошу провести мне исследование _____
_____ (указать какое именно).

С условиями договора, порядком оплаты и проведения ознакомлен, уведомлен, что
расторгнуть договор имею право только в течении 48 часов с момента подписания договора.

Дата _____ Подпись _____ ФИО _____

¹ Паспорт гражданина РФ, загранпаспорт гражданина РФ, удостоверение личности военнослужащего РФ; военный билет солдата, матроса, сержанта, старшины, прапорщика и мичмана; персональная электронная карта; справка взамен военного билета, временное удостоверение личности гражданина РФ.
Для иностранных граждан и лиц без гражданства: Паспорт иностранного гражданина; иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина; Документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства; временное удостоверение личности лица без гражданства в РФ; разрешение на временное проживание; вид на жительство; иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором РФ в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства; документ, удостоверяющий личность на период рассмотрения заявления о признании гражданином РФ или о приеме в гражданство РФ; удостоверение беженца, свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем на территории РФ по существу; свидетельство о предоставлении временного убежища на территории РФ

**Перечень Услуг и расчет стоимости договора от «__» _____ 202__ г. № _____
на проведение судебно-медицинской экспертизы / исследования**

г.Уфа

«__» _____ 202__ г.

На основании _____

На основании *Прейскуранта* стоимость проведения Услуги составляет:

№	Наименование услуги	Кол-во	Цена по прейскуранту, руб.	Сумма к оплате, руб.
1.				
2.				
Итого:				

Стоимость Услуги по договору будет составлять: _____ рублей
(_____), _____ копеек.

Заведующий _____отдела,

врач-судебно-медицинский эксперт _____ / _____/(ФИО)

**Акт приемки оказанных услуг по Договору от «___» _____ 202__ г. № ___
на проведение судебно-медицинской экспертизы / исследования**

г. Уфа _____ «___» _____ 202__ г.
(наименование или Ф.И.О.), именуем _____

в дальнейшем «Заказчик», в лице _____ (должность, Ф.И.О.), действующий на основании _____ (документ, подтверждающий полномочия), с одной стороны и государственное бюджетное учреждение здравоохранения Бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, ОГРН 1020202397214, ИНН 0273020849, лицензия на осуществление медицинской деятельности от 10.06.2019 г. №ЛО-02-01-007151, (выдана МЗ РБ, бессрочно), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице начальника Александры Валерьевны Орловской, действующей на основании Устава, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

«Заказчик» принял, а «Исполнитель» оказал в рамках заключенного договора от «___» _____ 202__ г. № ___ на проведение судебно-медицинской экспертизы / исследования следующие Услуги на общую сумму: _____ (_____ рублей, _____ копеек).

№	Наименование услуги	Кол-во	Цена по прейскуранту, руб.	Сумма к оплате, руб.
1.				
2.				
Итого:				

1.2. Услуги по договору оказаны в полном объеме, надлежащего качества.

1.3. Стороны каких-либо претензий по Договору не имеют.

1.4. Настоящий Акт составлен и подписан в двух идентичных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

11. ПОДПИСИ СТОРОН

ЗАКАЗЧИК:

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

_____/_____
МП (при наличии)

Начальник ГБУЗ БСМЭ МЗ РБ
_____/А.В.Орловская
МП

Ответственное лицо: заведующий отделом _____

ГБУЗ БСМЭ МЗ РБ врач судебно-медицинский эксперт _____/_____(ФИО)

**Информированное добровольное согласие
на получение платных медицинских услуг**

Я, _____, _____ г.р.
(ФИО)

документ, удостоверяющий личность, _____, выдан _____
(серия) (номер) (кем и когда)

зарегистрированный по адресу: _____

В рамках договора на оказание платных медицинских услуг, желаю получить услуги
_____ (указать какие)

в отделе _____
ГБУЗ БСМЭ МЗ РБ (450112, РБ, г.Уфа, ул. Цветочная, д.2)

При этом мне разъяснено и мной осознанно следующее:

1. Я ознакомлен с действующим Перечнем и прейскурантом медицинских услуг и согласен оплатить стоимость указанных медицинских услуг и прочие платные услуги в соответствии с ним.
2. Я даю согласие на оказание платных медицинских услуг.
3. Даю согласие на обработку моих персональных данных, согласно действующего законодательства РФ.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинских услуг.

Настоящее согласие мною прочитано, я даю согласие на оказание выбранных мною видов медицинских услуг.

(дата, подпись, ФИО, контактный телефон)

(дата, подпись, ФИО, медицинского работника)

II. Договор № _____

на проведение судебно-медицинской экспертизы / исследования

в судебно-химическом отделении

г.Уфа

«__» _____ 202__ г.

_____ (наименование или Ф.И.О.), именуем _____ в дальнейшем «Заказчик», в лице _____ (должность, Ф.И.О.), действующий на основании _____ (документ, подтверждающий полномочия), с одной стороны и государственное бюджетное учреждение здравоохранения Бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, ОГРН 1020202397214, ИНН 0273020849, лицензии выданы МЗ РБ, бессрочно на осуществление медицинской деятельности от 10.06.2019 г. №ЛО-02-01-007151; на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ их прекурсоров, культивирование наркосодержащих растений от 26.02.2014 г. №ЛО-02-03-000213, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице начальника Александры Валерьевны Орловской, действующей на основании Устава, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. «Заказчик» поручает и обязуется оплатить в порядке и размере, установленных настоящим Договором, а «Исполнитель» оказывает платные медицинские услуги (далее по тексту – Услуги): проведение судебно-медицинской экспертизы/исследования в соответствии с «Перечнем Услуг и расчетом стоимости Договора» (приложение №2). Ход и результаты оказания Услуг излагаются в письменном виде в форме «Заключения эксперта» / «Акта исследования».

1.2. Услуги оказываются на основании: Определения судьи/заявления лица, получающего платные медицинские услуги (Приложение №1):

(указывается наименование суда, вынесшего определение, по какому гражданскому делу в отношении кого и по чьему иску)

1.3. Срок оказания Услуг: с «__» _____ 202__ г. по «__» _____ 202__ г.

1.4. Заказчик при подписании настоящего Договора ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, стоимостью и условиями их предоставления.

1.5. Исполнитель оказывает Услуги по месту своего нахождения по адресу: 450112, Республика Башкортостан, г.Уфа, ул.Цветочная, д.2.

1.6. Услуги предоставляются в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. «Исполнитель» обязан:

2.1.1. Выполнить квалифицированно, качественно Услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к данному виду медицинской деятельности на территории Российской Федерации, предусмотренные п.1.1. Договора, в полном объеме и в срок в соответствии с условиями Договора.

2.1.2. Оформить необходимую документацию, соблюдая установленные законодательством Российской Федерации требования.

2.1.3. Представлять Заказчику доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге, в том числе в рамках Программы Госгарантий.

2.2. «Заказчик» обязан:

- 2.2.1. Соблюдать Правила предоставления платных медицинских услуг, утвержденные Исполнителем.
- 2.2.2. Оплатить оказанные услуги в соответствии с разделом 4 настоящего Договора.
- 2.2.3. Обеспечить предоставление медицинской документации и иных объектов, необходимых для оказания Услуги.
- 2.2.4. Подписать Акт приемки оказанных услуг.

2.3. «Заказчик» имеет право:

2.3.1. На информацию об услугах, режиме работы «Исполнителя», об условиях предоставления этих услуг, сведений о квалификации специалистов.

2.4. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора в соответствии с ФЗ от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

3.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

3.2. В случае не подписании «Заказчиком» Акта приемки оказанных услуг в течение 5 (пяти) рабочих дней, Услуги по договору считаются принятыми и соответствующими условиям Договора.

3.3. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

3.4. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 5 (пяти) рабочих дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Общая стоимость Услуг по Договору составляет: _____ рублей (_____) рублей, ____ копеек, без НДС. (Приложение №2).

Стоимость Договора определена на основании прейскуранта цен на платные медицинские услуги, оказываемые ГБУЗ БСМЭ МЗ РБ.

4.2. «Заказчик» производит 100% предварительную оплату Услуги путем перечисления денежных средств на лицевой счет «Исполнителя».

5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

5.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

5.2. При неурегулировании в процессе переговоров спорные вопросы подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», Постановление Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу Постановление Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. №1006».

6.2. Договор вступает в силу с момента подписания, и считается исполненным с момента направления «Заключения эксперта» в орган, назначивший судебно-медицинскую экспертизу, либо выдачи на руки «Акта исследования».

6.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

6.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

6.5. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

- Приложение №1 Заявление лица, обратившегося за получением Услуги;
- Приложение №2 Перечень услуг и расчет стоимости Договора;
- Приложение №3 Акт приемки оказанных услуг;
- Приложение №4 Согласие на обработку персональных данных.

7. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ЗАКАЗЧИК:

Наименование/Ф.И.О.:

Адрес: _____

ОГРН/ОГРНИП

ИНН/КПП _____

Р/счет _____

в _____

К/с _____

БИК _____

/Либо документ, удостоверяющий личность: _____

Телефон: _____

E-mail: _____

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения Бюро судебно-медицинской
экспертизы Министерства здравоохранения
Республики Башкортостан
450112, Республика Башкортостан
г. Уфа, ул. Цветочная, д.2

ОГРН 1020202397214 ОКВЭД 86.90.2

ИНН 0273020849 КПП 027301001

Получатель: Министерство финансов РБ

(ГБУЗ Бюро судебно-медицинской экспертизы
МЗ РБ л/с 20112040090)

Банк: Отделение-НБ Республики
Башкортостан Банка России\УФК по
Республике Башкортостан г.Уфа

Номер казначейского счета:

03224643800000000100

ЕКС: 40102810045370000067

БИК ТОФК 018073401

Телефон/факс: +7(347)284-82-03

E-mail: UFA.BSME@doctorr.ru

Заказчик

_____ / _____ /ФИО

МП (при наличии)

Начальник ГБУЗ БСМЭ МЗ РБ

_____ /А.В. Орловская

МП

Заявление

Я, _____ (ФИО полностью), _____ г.р.
документ, удостоверяющий личность² _____ (серия, номер), выдан
_____ (кем и когда), зарегистрированный и
проживающий по адресу: _____
прошу провести мне исследование _____
(указать какое именно)

С условиями договора, порядком оплаты и проведения ознакомлен, уведомлен, что
расторгнуть договор имею право только в течении 48 часов с момента подписания договора.

Дата _____ Подпись _____ ФИО _____

² Паспорт гражданина РФ, загранпаспорт гражданина РФ, удостоверение личности военнослужащего РФ; военный билет солдата, матроса, сержанта, старшины, прапорщика и мичмана; персональная электронная карта; справка взамен военного билета, временное удостоверение личности гражданина РФ.
Для иностранных граждан и лиц без гражданства: Паспорт иностранного гражданина; иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина; Документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства; временное удостоверение личности лица без гражданства в РФ; разрешение на временное проживание; вид на жительство; иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором РФ в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства; документ, удостоверяющий личность на период рассмотрения заявления о признании гражданином РФ или о приеме в гражданство РФ; удостоверение беженца, свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем на территории РФ по существу; свидетельство о предоставлении временного убежища на территории РФ

**Перечень Услуг и расчет стоимости договора № _____ от « ___ » _____ 202__ г.
на проведение судебно-медицинской экспертизы / исследования**

г. Уфа

« ___ » _____ 202__ г.

На основании _____

На основании Прейскуранта стоимость проведения Услуги составляет:

№	Наименование услуги	Кол-во	Цена по прейскуранту, руб.	Сумма к оплате, руб.
1.				
2.				
Итого:				

Стоимость Услуги по договору будет составлять: _____ рублей
(_____), _____ копеек.

Заведующий _____ отделом,
врач-судебно-медицинский эксперт _____ / И.О.Фамилия

**Акт приемаки оказанных услуг по Договору № ____ от « __ » _____ 202__ г.
на проведение судебно-медицинской экспертизы / исследования**

г. Уфа _____ « ____ » _____ 202__ г.
(наименование или Ф.И.О.), именуем _____ в

дальнейшем «Заказчик», в лице _____ (должность, Ф.И.О.), действующий на основании _____ (документ, подтверждающий полномочия), с одной стороны и государственное бюджетное учреждение здравоохранения Бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, ОГРН 1020202397214, ИНН 0273020849, лицензии выданы МЗ РБ, бессрочно на осуществление медицинской деятельности от 10.06.2019 г. №ЛО-02-01-007151; на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ их прекурсоров, культивирование наркосодержащих растений от 26.02.2014 г. №ЛО-02-03-000213, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице начальника Александры Валерьевны Орловской, действующей на основании Устава, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

«Заказчик» принял, а «Исполнитель» оказал в рамках заключенного договора от « ____ » _____ 202__ г. № ____ на проведение судебно-медицинской экспертизы / исследования следующие Услуги на общую сумму: _____ (_____ рублей, _____ копеек).

№	Наименование услуги	Кол-во	Цена по прейскуранту, руб	Сумма к оплате, руб.
1.				
2.				
Итого:				

1.2. Услуги по договору оказаны в полном объеме, надлежащего качества.

1.3. Стороны каких-либо претензий по Договору не имеют.

1.4. Настоящий Акт составлен и подписан в двух идентичных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

11. ПОДПИСИ СТОРОН

ЗАКАЗЧИК:

/ _____ /

МП (при наличии)

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Начальник ГБУЗ БСМЭ МЗ

РБ _____ /А.В.Орловская

МП

Ответственное лицо: заведующий отделом _____ ГБУЗ БСМЭ МЗ РБ

врач судебно-медицинский эксперт _____ (ИО Фамилия) _____ (подпись)

**Информированное добровольное согласие
на получение платных медицинских услуг**

Я, _____, _____ г.р.
(ФИО)

документ, удостоверяющий личность, _____, выдан _____
(серия) (номер) (кем и когда)

зарегистрированный по адресу: _____

В рамках договора на оказание платных медицинских услуг, желаю получить услуги _____

_____ (указать какие)

в отделе _____ ГБУЗ БСМЭ МЗ РБ (450112, РБ,
г.Уфа, ул. Цветочная, д.2)

При этом мне разъяснено и мной осознанно следующее:

1. Я ознакомлен с действующим Перечнем и прейскурантом медицинских услуг и согласен оплатить стоимость указанных медицинских услуг и прочие платные услуги в соответствии с ним.
2. Я даю согласие на оказание платных медицинских услуг.
3. Даю согласие на обработку моих персональных данных, согласно действующего законодательства РФ.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинских услуг.

Настоящее согласие мною прочитано, я даю согласие на оказание выбранных мною видов медицинских услуг.

_____ (дата, подпись, ФИО, контактный телефон)

_____ (дата, подпись, ФИО, медицинского работника)