ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на оказание платных санитарно-эпидемиологических услуг

( проведение лабораторных исследований на SARS-Cov-2 на платной основе) **для резидентов** Республики Беларусь

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021г. г.Солигорск

ГУ «Солигорский зональный центр гигиены и эпидемиологии», именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача Леушиной И.Е., действующей на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(ка),

Паспорт

именуемый (ая) в дальнейшем Заказчик, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора: «Заказчик» поручает, а «Исполнитель» принимает на себя обязательство по оказанию услуг на платной основе – проведение лабораторных исследований методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени на наличие SARS-Cov-2.
2. В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказывать Заказчику на платной основе санитарно-эпидемиологические услуги (далее – Услуги), а Заказчик обязуется своевременно оплатить стоимость предоставленных Услуг, а так же выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление Услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.
3. Стоимость услуг определяется на основании Прейскуранта, действующего на момент оказания услуг Заказчику, стоимость материалов, необходимых для их оказания и по настоящему договору составляет: 28,20 (Двадцать восемь рублей 20 коп.)
4. Заказчик обязуется произвести оплату услуг в порядке 100% предоплаты. Оплата предоставленных Услуг производится путем внесения денежных средств в кассу учреждения. Основанием, подтверждающим факт оплаты услуг, является квитанция об оплате (чек).
5. Заказчик обязан предоставить паспорт и его копию (при выдаче результата , копия паспорта возвращается) и документ, свидетельствующий о предстоящем выезде за рубеж. Сообщить необходимые данные о состоянии здоровья.
6. Исполнитель обязан качественно выполнить заявленные Услуги и выдать Заказчику результат лабораторных исследований.
7. Срок оказания услуг и выдача результатов:

**Забор мазков проводится по адресу: г.Солигорск, ул.Козлова, 68**

**Режим: понедельник-четверг 11.30-13.00. суббота-воскресенье – выходной.**

**Выдача результатов анализов на следующий день после взятия мазка по адресу: г.Солигорск, ул.Козлова, 68**

**Режим: понедельник-пятница 15.00-16.00. суббота-воскресенье – выходной.**

1. Договор действует с момента подписания и до полного исполнения сторонами своих обязательств.
2. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь.
3. Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств неопределенной силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия, нормативно правовые акты Президента и Правительства республики Беларусь или другие обстоятельства, находящие вне контроле Сторон, препятствующие выполнение настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным актами законодательства.

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель:ГУ "Солигорский зональный центргигиены и эпидемиологии"223710, Минская обл., г.Солигорск, ул. Козлова,68 Тел.: (80174) 33-18-42Факс: (80174) 26-38-44 р/с:BY20AKBB36320000016326600000 ЦБУ №633 ОАО "Беларусбанк", г.Солигорск,код АКВВВY2Х, УНП 100325912 | Заказчик:Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес и место жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Главный врачИ.Е.Леушина\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_М.П. | Заказчик:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись, Ф.И.О.) |
|  |  |