**Договор №** ­­­\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_  Дата | ­­­ г. Гомель­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­  Место заключения договора |

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование организации здравоохранения)

именуемая в дальнейшем «Заказчик», в лице – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании Устава, с одной стороны, и Учреждение «Гомельская областная специализированная клиническая больница»,

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­(наименованиегосударственной организации здравоохранения областного или республиканского уровней оказания медицинской помощи)

именуемая в дальнейшем «Исполнитель», в лице Крот Степана Яковлевича, действующего на основании Устава, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», а по отдельности «Сторона», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Предметом договора является организация и проведение стажировки руководящих работников и специалистов системы здравоохранения (далее – стажировка).

1.2. Стажировка проводится в соответствии с учебной программой стажировки «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

(наименование тематики стажировки)

на базе Учреждения «Гомельская областная специализированная клиническая больница», с использованием материально-технических и кадровых ресурсов Исполнителя.

1.3. Количество медицинских, фармацевтических работников, направляемых на стажировку: \_\_\_\_\_\_\_ человек.

1.4. Срок стажировки составляет: с \_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_.

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ обязуется:

(наименование организации здравоохранения)

2.1.1. разработать учебную программу стажировки и согласовать ее с Исполнителем;

2.1.2. направить работника на стажировку с сохранением гарантий, предоставляемых работникам при направлении на профессиональную подготовку, переподготовку, повышение квалификации и стажировку, установленную законодательством;

2.2. Учреждение «Гомельская областная специализированная клиническая больница, обязуется:

2.2.1. назначить руководителя (-ей) стажировки из числа высококвалифицированных специалистов;

2.2.2. организовать материально-техническое обеспечение стажировки в соответствии с установленными санитарными требованиями;

2.2.3. обеспечить проведение итоговой аттестации в виде защиты отчета о стажировке;

2.2.4. осуществить подготовку и выдачу свидетельств о стажировке руководящих работников и специалистов системы здравоохранения;

2.2.5. подготовить отзыв о выполнении стажером учебной программы стажировки.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

3.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств по договору Стороны несут ответственность в соответствие с законодательством.

4. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами взятых на себя обязательств.

4.2. Любые изменения и дополнения к договору действительны при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами либо уполномоченными представителями Сторон.

4.3. Стороны признают юридическую силу и значимость договора, переданного с использованием факсимильной связи либо путем обмена сканированными копиями, высланными по электронной почте, позволяющей достоверно установить, что документ исходит от стороны по договору, ровно, как и иные документы, связанные с исполнением договора, до обмена оригиналами.

4.4. Настоящий договор составлен в 2 (двух) экземплярах – по одному экземпляру для каждой Стороны.

4.5. Во всем остальном, что не определено договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

5. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| ­­**Заказчик**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Место нахождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Банковские реквизиты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Руководитель:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) инициалы (инициал собственного  имени), фамилия)  ­­  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ | **Исполнитель**  Учреждение «Гомельская областная специализированная клиническая больница»  Местонахождение: 246027,  г. Гомель, ул. Медицинская, 6 р/с BY21 АКВВ 3604 4003 5000 4300 0000  ОАО «АСБ Беларусбанк»  г. Гомель, ул. Фрунзе, 6а  БИК AKBBBY 2Х,  УНП 400079708  **Главный врач** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ С.Я.Крот  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ |