Приложение N 2
к приказу
Министерства здравоохранения
Челябинской области N 322,
Челябинского областного
фонда обязательного
медицинского страхования N 177
от 30 марта 2009 года

Форма
договора о выполнении медицинским учреждением,
оказывающим первичную медико-санитарную помощь, задания
по оказанию дополнительной медицинской помощи

г. _____ _____ 200_ г.

Челябинский областной фонд обязательного медицинского страхования, именуемый в дальнейшем Фондом, в лице _____,
(ф.и.о. должностного лица, его должность)
действующего на основании Устава о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, с одной стороны, и

_____
(полное наименование медицинского учреждения муниципального
_____
образования, оказывающего первичную медико-санитарную помощь)
_____,
именуемое в дальнейшем Учреждением, в лице _____,
(ф.и.о. должностного лица, его должность)
действующего на основании _____,
с другой стороны, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Челябинской области и ЧОФОМС от _____ 2009 г. N _____ заключили настоящий Договор о нижеследующем.

I. Предмет Договора

В соответствии с настоящим Договором Фонд осуществляет финансовое обеспечение расходов Учреждения на оказание дополнительной медицинской помощи, а Учреждение обеспечивает оказание дополнительной медицинской помощи врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее - дополнительная медицинская помощь).

II. Обязанности сторон

1. Фонд до конца текущего месяца осуществляет перечисление медицинскому учреждению средств на оплату дополнительной медицинской помощи, рассчитанных на основании данных регионального сегмента Федерального регистра о количестве медицинских работников и в соответствии с Методикой распределения денежных выплат медицинским учреждениям Челябинской области на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей), утвержденной п. 2.5 настоящего приказа.

2. Учреждение:

а) обеспечивает оказание гражданам Российской Федерации дополнительной медицинской помощи;

б) открывает отдельные счета в подразделениях расчетной сети Центрального банка Российской Федерации для учета средств на оплату дополнительной медицинской помощи;

в) использует перечисленные Фондом средства в соответствии с их целевым назначением и условиями настоящего Договора;

г) ведет учет медицинских работников Учреждения, указанных в разделе I настоящего Договора;

д) представляет в установленном порядке ежемесячно, до 15-го числа, в Фонд отчет об использовании в предыдущем месяце средств на оплату дополнительной медицинской помощи.

III. Срок действия Договора

Срок действия настоящего Договора - с 1 января 2009 г. по 31 декабря 20__ г.

Досрочное прекращение действия настоящего договора возможно при окончании срока действия лицензии медицинского учреждения на ведение медицинской деятельности, либо по соглашению сторон.

IV. Заключительные положения

1. Споры, возникающие между сторонами, рассматриваются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

2. Настоящий Договор составлен в 2 экземплярах, имеющих равную юридическую силу. Один экземпляр настоящего Договора находится в Фонде, другой - в Учреждении.

V. Местонахождение и реквизиты сторон

Фонд: Челябинский областной фонд обязательного медицинского страхования 454089 г. Челябинск пл. МОПРа 8а ИНН 7453041061, КПП 745301001 т/сч. 40404810000000010005 ГРКЦ ГУ Банка России по Челябинской обл. г. Челябинск БИК 047501001	Учреждение:
М.П. _____ (юридический адрес) _____ _____ "__" _____ 200_ г.	М.П. _____ (юридический адрес) "__" _____ 200_ г.
От Фонда:	От Учреждения: