**ДОГОВОР № \_\_\_\_**

**об оказании платных образовательных услуг**

г. Москва «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии – Клиника доктора Рошаля» Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «НИИ НДХиТ – Клиника доктора Рошаля»)**, лицензия от «29» мая 2018 года № Л035-00115-77/00096787, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора **Брянцева Александра Владимировича**, действующего на основании Устава, с одной стороны и **ФИО,** именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили между собой договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. По настоящему договору Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется провести обучение Заказчика по образовательной программе аспирантуры \_\_\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "

код профессии "Наименование"

в объеме 6480 часов.

1.2. Обучение проходит в период с 01.09.202\_\_\_ г. по 31.08.202\_\_\_ г. (три года)

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**2.1. Исполнитель обязан:**

2.1.1. Осуществить подготовку Заказчика в соответствии с утвержденной программой.

2.1.2. Обеспечить проведение обучения демонстрационными, учебно-методическими материалами и пособиями.

2.1.3. После прохождения Заказчиком полного курса обучения и успешной итоговой аттестации выдать ему документы установленного образца или иные документы, предусмотренные законодательством.

2.1.4. Документы установленного образца и иные документы об образовании выдаются после подписания сторонами Акта об оказании образовательных услуг и зачислении полной стоимости цикла обучения по настоящему договору, указанной в п.3.1, на счет Исполнителя.

2.1.5. Сохранить место за Заказчиком в случае пропуска занятий по уважительным причинам (с учетом оплаты услуг, предусмотренных разделом 3 настоящего договора).

**2.2. Заказчик**

2.2.1. Обязан оплатить свое обучение согласно стоимости обучения (п. 3.1. данного договора).

2.2.2. Направлять на обучение только установленный комплект документов.

2.2.3. Своевременно вносить плату за предоставляемые услуги, указанные в разделе 1 настоящего Договора

2.2.4. Возмещать ущерб, причиненный имуществу Исполнителя, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**3. СТОИМОСТЬ ОБУЧЕНИЯ И ПОРЯДОК РАСЧЕТА**

3.1. Полная стоимость обучения, подлежащая к выплате «Исполнителю» составляет 810 000 (восемьсот десять тысяч) рублей 00 копеек, освобождается от уплаты НДС на основании НК ч.2 п.14. ст. 149 с учетом соглашения (Приложение №1).

3.2. Оплата за обучение производится в рублях по курсу ЦБ на момент оплаты, в течение первых 10 дней каждого этапа в соответствии с поэтапным планом оплаты обучения (Приложение №2).

3.3. Заказчик оплачивает стоимость обучения путем перечисления денежных средств на лицевой счет Исполнителя.

3.4. По окончании обучения Сторонами подписывается Акт об оказанных платных образовательных услугах.

**4. ОСНОВАНИЯ ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

4.1. Условия, на которых заключен настоящий Договор, могут быть изменены либо по соглашению сторон, либо в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Об изменении условий выполнения или расторжении договора Стороны обязаны известить друг друга не менее чем за 10 (десять) дней в письменном виде.

4.2. Заказчик вправе расторгнуть настоящий Договор в любое время, возместив Исполнителю расходы, произведенные им до момента расторжения настоящего Договора.

4.3. Исполнитель вправе отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору при условии возврата Заказчику оплаты за обучение за вычетом фактически понесенных расходов, оказанных на момент расторжения настоящего Договора.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения сторонами обязательств по настоящему договору они несут ответственность, предусмотренную Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральными законами, Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей» и иными нормативными правовыми актами.

**6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

6.1. Настоящий договор вступает в силу со дня его заключения Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

6.2. В случае возникновения обстоятельств, которые мешают полному или частичному исполнению обязательств какой-либо из Сторон настоящего Договора (форс-мажорные обстоятельства), срок исполнения обязательств продлевается соразмерно времени, в течение которого будут действовать такие обстоятельства.

6.3. Все разногласия и споры, которые могут возникнуть между Сторонами из настоящего Договора и в связи с ним, будут разрешаться путем ведения переговоров. В случае невозможности урегулирования разногласий путем ведения переговоров все споры между Сторонами разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации в Арбитражном суде г. Москвы.

6.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору действительны при их составлении Сторонами в письменной форме и утверждении в установленном порядке.

6.5. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, каждый из которых имеет одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон. При изменении реквизитов Стороны обязаны уведомить друг друга в течении 10 (десяти) дней.

**7. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА, БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ:ГБУЗ «НИИ НДХиТ – Клиника доктора Рошаля» **Юридический адрес:**  119180, Москва,  ул. Б. Полянка, д.22  Тел: (495) 959-43-23  ИНН 7706517001 КПП 770601001  ОКАТО 45286596000 ОКПО 71635506  ОГРН 1037789054687  **Банковские реквизиты:**  Счет № 03224643450000007300 Департамент финансов г.Москвы в ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО г.Москва л.с. № 2605441000450848  БИК 004525988  ЕКС (корр.счёт) 40102810545370000003  КБК 05400000000131131022 |  | **ЗАКАЗЧИК:**  **ФИО: ФИО**  **Паспорт:** серия, номер, кем выдан, дата выдачи  **Регистрация**:  **Контактный телефон:** |
| Директор  ГБУЗ «НИИ НДХиТ – Клиника доктора Рошаля»    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.В. Брянцев  **М.П.** |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО |

Приложение №1

к Договору № \_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ г.

**Соглашение о договорной цене**

г.Москва «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии – Клиника доктора Рошаля» Департамента здравоохранения города Москвы, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора **Брянцева Александра Владимировича**, действующего на основании Устава, с одной стороны и **ФИО**, именуемый в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны:

удостоверяем, что сторонами достигнуто соглашение о величине договорной цены на проведение обучения по программе аспирантуры \_\_\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "

код профессии "Наименование"

в сумме 810 000 (восемьсот десять тысяч) рублей 00 копеек.

Освобождается от уплаты НДС на основании НК ч.2 п.14 ст.149 НК.

Настоящее соглашение является основанием для проведения взаимных расчетов и платежей между «Заказчиком» и «Исполнителем».

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ:ГБУЗ «НИИ НДХиТ – Клиника доктора Рошаля» **Юридический адрес:**  119180, Москва,  ул. Б. Полянка, д.22  Тел: (495) 959-43-23  ИНН 7706517001 КПП 770601001  ОКАТО 45286596000 ОКПО 71635506  ОГРН 1037789054687  **Банковские реквизиты:**  Счет № 03224643450000007300 Департамент финансов г.Москвы в ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО г.Москва л.с. № 2605441000450848  БИК 004525988  ЕКС (корр.счёт) 40102810545370000003  КБК 05400000000131131022 |  | **ЗАКАЗЧИК:**  **ФИО: ФИО**  **Паспорт:** серия, номер, кем выдан, дата выдачи  **Регистрация**:  **Контактный телефон:** |
| Директор  ГБУЗ «НИИ НДХиТ – Клиника доктора Рошаля»    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.В. Брянцев  **М.П.** |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО |

Приложение №2

к Договору № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

ЭТАПНЫЙ ПЛАН ОПЛАТЫ ОБУЧЕНИЯ

Аспиранта **ФИО***,*

Обучающегося по программе аспирантуры \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "

код профессии "Наименование"

По Договору № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

С «01» сентября 2024 года по «31» августа 2027 года.

1-й этап оплаты (за период обучения) --- с 01.09.2024 - 31.12.2024 гг. --------- 70000 руб.

2-й этап оплаты (за период обучения) --- с 01.01.2025 - 31.03.2025 гг. --------- 70000 руб.

3-й этап оплаты (за период обучения) --- с 01.04.2025 - 30.06.2025 гг. --------- 70000 руб.

4-й этап оплаты (за период обучения) --- с 01.07.2025 - 31.08.2025 гг. --------- 60000 руб.

270.000 руб.

5-й этап оплаты (за период обучения) --- с 01.09.2025 - 31.12.2025 гг. --------- 70000 руб.

6-й этап оплаты (за период обучения) --- с 01.01.2026 - 31.03.2026 гг. --------- 70000 руб.

7-й этап оплаты (за период обучения) --- с 01.04.2026 - 30.06.2026 гг. --------- 70000 руб.

8-й этап оплаты (за период обучения) --- с 01.07.2026 - 31.08.2026 гг. --------- 60000 руб.

270.000 руб.

9-й этап оплаты (за период обучения) --- с 01.09.2026 - 31.12.2026 гг. -------- 70000 руб.

10-й этап оплаты (за период обучения) --- с 01.01.2027 - 31.03.2027 гг. --------- 70000 руб.

11-й этап оплаты (за период обучения) --- с 01.04.2027 - 30.06.2027 гг. --------- 70000 руб.

12-й этап оплаты (за период обучения) --- с 01.07.2027 - 31.08.2027 гг. --------- 60000 руб.

270.000 руб.

Итого: 810 000 (восемьсот десять тысяч) рублей 00 копеек

Заказчик ознакомлен

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ:ГБУЗ «НИИ НДХиТ – Клиника доктора Рошаля» **Юридический адрес:**  119180, Москва,  ул. Б. Полянка, д.22  Тел: (495) 959-43-23  ИНН 7706517001 КПП 770601001  ОКАТО 45286596000 ОКПО 71635506  ОГРН 1037789054687  **Банковские реквизиты:**  Счет № 03224643450000007300 Департамент финансов г.Москвы в ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО г.Москва л.с. № 2605441000450848  БИК 004525988  ЕКС (корр.счёт) 40102810545370000003  КБК 05400000000131131022 |  | **ЗАКАЗЧИК:**  **ФИО: ФИО**  **Паспорт:** серия, номер, кем выдан, дата выдачи  **Регистрация**:  **Контактный телефон:** |
| Директор  ГБУЗ «НИИ НДХиТ – Клиника доктора Рошаля»    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.В. Брянцев  **М.П.** |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО |