



**ГІРСЬКА СІЛЬСЬКА РАДА
БОРИСПІЛЬСЬКОГО РАЙОНУ КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

РІШЕННЯ

Про затвердження Програми відшкодування витрат за надані пільги з безоплатного зубопротезування та медичних стоматологічних послуг для окремих категорій громадян на 2024 -2028 роки

Відповідно до п. 22 ст. 26 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Закону України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії», Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», Закону України «Про статус ветеранів військової служби, ветеранів органів внутрішніх справ, ветеранів Національної поліції і деяких інших осіб та їх соціальний захист» з метою забезпечення зубопротезування та надання медичних стоматологічних послуг для окремих пільгових категорій населення на території Гірської сільської ради та створення умов для збереження та покращення стоматологічного здоров'я пільгових категорій населення, Гірська сільська рада

ВИРІШИЛА:

1. Затвердити Програму відшкодування витрат за надані пільги з безоплатного зубопротезування та медичних стоматологічних послуг для окремих категорій громадян на 2024 -2028 роки.
2. Затвердити зразок заяви про постановку на чергу на пільгове зубопротезування та надання медичних стоматологічних послуг (додаток 1).
3. Затвердити форму журналу реєстрації заяв на пільгове зубопротезування та надання медичних стоматологічних послуг (додаток 2).
4. Затвердити форму направлення на пільгове зубопротезування та надання медичних стоматологічних послуг (додаток 3).
5. Затвердити форму Реєстру щодо відшкодування витрат з безоплатного зубопротезування та медичних стоматологічних послуг пільгових категорій населення Гірської сільської (додаток 4).
6. Затвердити форму акту виконаних робіт з безоплатного зубопротезування та медичних стоматологічних послуг пільгової категорії населення для відшкодування витрат (додаток 5).
7. Затвердити форму договору про відшкодування витрат за надання безоплатних медичних стоматологічних послуг (додаток 6).
8. Фінансовому відділу Гірської сільської ради передбачити кошти на реалізацію Програми.

9. Контроль за виконанням даного рішення покласти на постійну комісію з питань освіти, культури, сім'ї, молоді, спорту, у справах релігії, соціального захисту населення та охорони здоров'я.

від 18 січня 2024 року
№ 1734-67-VIII

Секретар ради

Людмила ШЕРШЕНЬ

ПРОГРАМА
відшкодування витрат за надані пільги з
безоплатного зубопротезування та
медичних стоматологічних послуг для
окремих категорій громадян
на 2024 -2028 роки

2024 року

I. Паспорт Програми відшкодування витрат за надані пільги з безоплатного зубопротезування та медичних стоматологічних послуг для окремих категорій громадян на 2024 -2028 роки

1	Ініціатор розроблення Програми	Гірська сільська рада
2	Дата, номер і назва розпорядчого документа на підставі якого розроблено Програму	<ul style="list-style-type: none">- Конституція України;- Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»;- Закон України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії»;- Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»;- Закон України «Про статус ветеранів військової служби, ветеранів органів внутрішніх справ, ветеранів Національної поліції і деяких інших осіб та їх соціальний захист»;- Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» та інші
3	Розробник Програми	Відділ соціального захисту населення виконавчого комітету Гірської сільської ради
4	Учасники програми	Виконавчий комітет Гірської сільської ради, Відділ соціального захисту населення, Фінансовий відділ, Комунальне некомерційне підприємство «Бориспільський центр первинної медико-санітарної допомоги», Центр надання адміністративних послуг, старости
5	Термін реалізації Програми	2024-2028 роки

II. Мета Програми

Відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» держава гарантує усім громадянам їх права у сфері охорони здоров'я шляхом фінансування гарантованого обсягу медичних послуг та лікарських засобів.

Однак, на сьогодні видатки на медичне обслуговування не дають можливість забезпечити потребу громадян в охороні здоров'я у повному обсязі.

Однією з найбільш актуальних проблем в Україні є стан здоров'я населення, в тому числі його складової – стоматологічного здоров'я. Низький рівень стоматологічного здоров'я негативно впливає на стан загального здоров'я впродовж усіх періодів життя людини, спричиняючи соціальні й фінансові проблеми та негативно впливаючи на рівень соціально-економічного розвитку країни.

Програма спрямована на реалізацію вимог чинного законодавства щодо забезпечення зубопротезування та надання медичних стоматологічних послуг для окремих пільгових категорій населення на території Гірської сільської ради та створення умов для збереження та покращення стоматологічного здоров'я пільгових категорій населення.

III. Механізм реалізації програми

3.1. Пільгові категорії громадян, мешканці, які зареєстровані на території Гірської сільської ради можуть скористатися правом зробити безоплатне зубопротезування (за винятком протезування із дорогоцінних металів та прирівняних до них матеріалів кераміки, металокераміки, цільно литих, металопластмаси, нітрид-титанового покриття, бюгельного протезування, імплантів) та отримати медичні стоматологічні послуги.

3.1.1. Категорії пільговиків, які мають право на безоплатне зубне протезування та медичні стоматологічні послуги:

- особа з інвалідністю внаслідок війни, у т. ч. ООС (АТО) – позачергово;
- учасник бойових дій, у т. ч. учасники ООС (АТО) – першочергово;
- особа, яка має статус члена сім'ї загиблого (померлого) ветерана війни – першочергово.

3.2. Безоплатні послуги з зубопротезування та медичні стоматологічні послуги одному пільговику надаються не частіше ніж один раз на 5 років на суму п'яти розмірів прожиткового мінімуму, встановленого на 01 січня поточного року.

Кількість безоплатних послуг із зубопротезування та медичних стоматологічних послуг обмежується розміром видатків, передбачених на ці потреби у бюджеті Гірської сільської ради на відповідний рік.

3.3. Виготовлення зубних протезів із золота та інших дорогоцінних матеріалів, кераміки, металопластмасових протезів, з нітрид-титановим покриттям та імплантів, бюгельного протезування не передбачені заходами цієї Програми.

IV. Порядок надання послуг та відшкодування коштів за надані послуги з безоплатного пільгового зубопротезування та медичних стоматологічних послуг

4.1. Безоплатне зубопротезування (за винятком зубопротезування із дорогоцінних металів і прирівняних до них матеріалів, кераміки, металокераміки, цільно литих, металопластмаси, нітрид-титанового покриття, бюгельного

протезування, імплантатів) та надання медичних стоматологічних послуг надається громадянам, які мають на це право відповідно до Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», наказу Міністерства оборони України від 18 серпня 2015 року № 414 «Про затвердження інструкції про порядок надання стоматологічної допомоги в закладах охорони здоров'я та медичних підрозділах Збройних Сил України»:

- особа з інвалідністю внаслідок війни, у т. ч. ООС (АТО) – позачергово;
- учасник бойових дій, у т. ч. учасники ООС (АТО) – першочергово;
- особи, які мають статус члена сім'ї загиблого (померлого) ветерана війни – першочергово.

4.2. Головним розпорядником коштів бюджету Гірської сільської ради з відшкодування витрат за надані послуги по безоплатному зубопротезуванню та медичні стоматологічні послуги пільгових категорій громадян є відділ соціального захисту населення виконавчого комітету Гірської сільської ради.

4.3. Для надання послуги з безоплатного зубопротезування та медичних стоматологічних послуг особа пільгової категорії, яка зареєстрована та проживає в одному з населених пунктів Гірської сільської ради звертається із заявою до Відділу соціального захисту населення виконавчого комітету Гірської сільської ради (далі - Відділ), старост, ЦНАП Гірської сільської ради згідно з Додатком 1.

До заяви додаються такі документи:

- копія паспорта громадянина України;
- копія довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків;
- копія документа, який дає право на пільгове зубопротезування та надання медичних стоматологічних послуг.

4.4. Заява реєструється в журналі реєстрації, який ведеться за формою згідно з Додатком 2.

Після розгляду поданої заяви, та доданих до неї документів, Відділ видає заявнику направлення на пільгове зубопротезування та надання медичних стоматологічних послуг згідно з Додатком 3.

4.5. Надання послуги з зубопротезування та медичних стоматологічних послуг пільгових категорій громадян здійснює юридична чи фізична особа, яка уклала договір з Комунальним некомерційним підприємством «Бориспільський центр первинної медико-санітарної допомоги» (далі - Надавач послуги).

Надання послуг по пільговому зубопротезуванню та медичних стоматологічних послуг проводиться згідно з черговістю, яка ведеться у Відділі відповідно до чинного законодавства. Послуга з безоплатного зубопротезування та медичні стоматологічні послуги пільговику надаються на підставі направлення Відділу, яке підтверджує право на пільгове зубопротезування та надання медичних стоматологічних послуг.

4.6. Відшкодування витрат за надані послуги по безоплатному зубопротезуванню та медичні стоматологічні послуги проводяться на підставі укладеного Договору між Комунальним некомерційним підприємством

«Бориспільський центр первинної медико-санітарної допомоги» та Надавачем послуги згідно з Додатком 6.

4.7. Надавач послуги щомісяця до 10 числа місяця, наступного за звітним, подає до Комунального некомерційного підприємства «Бориспільський центр первинної медико-санітарної допомоги» акти виконаних робіт із зазначенням прізвища, ім'я, по батькові громадянина, його статусу, переліку виконаних робіт і суми, що підлягає відшкодуванню згідно з Додатком 5.

4.8. Комунальне некомерційне підприємство «Бориспільський центр первинної медико-санітарної допомоги» щомісяця звіряє інформацію, яка надходить від Надавача послуги, та у разі виявлення розбіжностей не проводить розрахунків, що стосуються виявлених розбіжностей, до уточнення інформації згідно з Додатком 4.

4.9. Відділ соціального захисту населення виконавчого комітету Гірської сільської ради з дотриманням вимог Законів України «Про інформацію» і «Про захист персональних даних» має право:

- отримувати від пільгових категорій населення документи, що підтверджують їх право на пільги;
- проводити перевірку вірогідності поданих документів;
- використовувати інформацію з інших баз даних щодо персоніфікованого обліку осіб, які мають право на пільги.

4.10. Відшкодування витрат на безоплатне зубопротезування та медичні стоматологічні послуги пільгових категорій громадян, мешканців Гірської сільської ради здійснюється в межах кошторисних призначень на відповідний рік.

4.11. Контроль за належністю особи до пільгової категорії громадян та дотримання черговості в частині пільгового зубопротезування та медичних стоматологічних послуг здійснює Відділ соціального захисту населення виконавчого комітету Гірської сільської ради.

4.12. Відповідальність за неправдивість даних в актах виконаних робіт та документах, що подаються Комунальному некомерційному підприємству «Бориспільський центр первинної медико-санітарної допомоги», якість надання послуг з зубопротезування та медичних стоматологічних послуг, а також порушення черговості проведення пільгового зубопротезування та надання медичних стоматологічних послуг, несе Надавач послуги.

V. Організаційно-фінансове забезпечення для реалізації Програми

Організація виконання Програми покладається на Відділ соціального захисту населення виконавчого комітету Гірської сільської ради.

Головним розпорядником бюджетних коштів на реалізацію Програми є Комунальне некомерційне підприємство «Бориспільський центр первинної медико-санітарної допомоги».

Фінансування Програми здійснюється коштом місцевого бюджету Гірської сільської ради в межах обсягів, затверджених рішенням Гірської сільської ради на відповідний рік.

Комунальне некомерційне підприємство «Бориспільський центр первинної медико-санітарної допомоги», готує інформацію про фактично нараховані суми та акти звіряння розрахунків з Надавачем послуги та подає заявку Фінансовому відділу виконавчого комітету Гірської сільської ради щодо фінансування видатків з місцевого бюджету на заходи Програми.

Фінансовий відділ виконавчого комітету Гірської сільської ради на підставі інформації про нараховані суми та актів звіряння перераховує на рахунки Комунального некомерційного підприємства «Бориспільський центр первинної медико-санітарної допомоги» кошти для відшкодування витрат Надавачу послуги.

Комунальне некомерційне підприємство «Бориспільський центр первинної медико-санітарної допомоги» в трьох денний термін з дня отримання відповідних коштів, здійснює розрахунки з Надавачем послуги.

VI. Терміни дії Програми

Термін дії Програми: 2024-2028 роки з подальшим продовженням на наступні роки за умови передбачення коштів на заходи Програми у бюджеті Гірської сільської ради на відповідний рік.

VII. Результативні показники Програми.

1. Обсяги фінансових ресурсів на заходи Програми.
2. Чисельність пільговиків Гірської сільської ради, які звернулися за наданням безоплатного зубопротезування та медичних стоматологічних послуг.
3. Кількість проведених заходів/наданих послуг.
4. Прогнозний розрахунок витрат на обслуговування пільгових категорій населення на 2024-2028 роки:

№	Найменування показника	2024	2025	2026	2027	2028
1	Загальна кількість громадян пільгових категорій, які мають право пільгового зубопротезування	320	384	460	553	553
2	Кількість громадян пільгової категорії, яким буде проведене зубне протезування	50	50	50	50	50
3	Вартість протезування 1 пацієнта, грн.	п'яти розмірів прожиткового мінімуму	п'яти розмірів прожиткового мінімуму	п'яти розмірів прожиткового мінімуму	п'яти розмірів прожиткового мінімуму	п'яти розмірів прожиткового мінімуму
4	Загальна сума, грн.	750000,00	750000,00	750000,00	750000,00	750000,00

VIII. Координація та контроль за ходом виконання Програми

Координацію дій між виконавцями Програми здійснює Відділ соціального захисту населення виконавчого комітету Гірської сільської ради.

Контроль за станом реалізації Програми покласти на постійну комісію з питань освіти, культури, сім'ї, молоді, спорту, у справах релігії, соціального захисту населення та охорони здоров'я.

Секретар ради

Людмила ШЕРШЕНЬ

_____ (П.І.Б.)

_____ Зареєстрованого за адресою:

_____ (дані паспорта, коли, ким виданий)

Телефон _____

Заява про постановку на чергу на пільгове зубопротезування та надання медичних стоматологічних послуг

Прошу поставити мене на чергу на пільгове зубопротезування та надання медичних стоматологічних послуг, оскільки я потребую пільгового зубопротезування та надання медичних стоматологічних послуг. Маю статус

_____ (серія, номер і дата видачі пільгового посвідчення)

У разі перевищення вартості зубопротезування та медичних стоматологічних послуг, більше ніж п'ять розмірів прожиткового мінімуму на 1 січня поточного року, згоден/на на доплату власним коштом.

До заяви додаю:

- копія паспорта громадянина України;
- копія довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків;
- копія документа, який дає право на пільгове зубопротезування, медичні стоматологічні послуги (посвідчення).

Дата

Підпис

Дата прийому заяви, реєстраційний номер заяви, підпис відповідального працівника

Лінія відрізу Розписка про прийом документів на чергу для безоплатного зубопротезування

Мною, _____, посада _____

прийняті документи _____ (дата) _____ (підпис).

Додаток 2
до Програми відшкодування витрат за
надані пільги з безоплатного
зубопротезування та медичних
стоматологічних послуг для окремих
категорій громадян на 2024 -2028 роки
Гірської сільської ради

Журнал реєстрації заяв на пільгове зубопротезування та надання медичних стоматологічних послуг

№ п/п	Дата постановки на чергу	П.І.Б.	Зареєстроване місце проживання	Категорія пільговика	Серія, № пільгового посвідчення	Дата повідомлення (виклику)	Відмітка про забезпечення безоплатного зубопротезування	Дата і причина зняття
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Додаток 3
до Програми відшкодування витрат за
надані пільги з безоплатного
зубопротезування та медичних
стоматологічних послуг для окремих
категорій громадян на 2024 -2028 роки
Гірської сільської ради

**Направлення на пільгове зубопротезування та надання медичних
стоматологічних послуг**

від _____ 20__ року № _____

Видано _____
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))

Зареєстрований _____

Категорія пільговика _____

Пільгове посвідчення _____

(серія (за наявності), номер, дата видачі, ким видано)

Начальник відділу
соціального захисту населення _____

підпис

П.І.Б.

Додаток 4
до Програми відшкодування витрат за
надані пільги з безоплатного
зубопротезування та медичних
стоматологічних послуг для окремих
категорій громадян на 2024 -2028 роки
Гірської сільської ради

Реєстр

відшкодування витрат з безоплатного зубопротезування та медичних стоматологічних послуг пільгових
категорій населення Гірської сільської ради
за період з _____ по _____

№ з/п	Прізвище, ім'я та по батькові особи, якій безоплатно надано послуги з зубопротезування	Категорія, № посвідчення	Адреса проживання	Дата взяття на облік	Дата надання послуги	Назва послуги зі стоматологічної ортопедичної допомоги	Кількість наданих послуг	Ціна, грн	Сума відшкодування, грн
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Керівник

(підпис)

(ім'я, прізвище)

Головний бухгалтер

М.П.

(підпис)

(ім'я, прізвище)

Погоджено:

Начальник ВСЗН виконавчого
комітету Гірської сільської ради
М.П.

(підпис)

(ім'я, прізвище)

Додаток 5
до Програми відшкодування витрат за
надані пільги з безоплатного
зубопротезування та медичних
стоматологічних послуг для окремих
категорій громадян на 2024 -2028 роки
Гірської сільської ради

АКТ
виконаних робіт з безоплатного зубопротезування та медичних стоматологічних послуг пільгової
категорії населення для відшкодування витрат за _____202__ року

№ з/п	Прізвище, ім'я та по батькові особи, якій безоплатно надано послуги з зубопротезування	Категорія, № посвідчення	Адреса проживання	Дата надання послуги	Назва послуги зі стоматологічної ортопедичної допомоги	Кількість наданих послуг	Ціна, грн	Сума відшкодування, грн
1	2	3	4	6	7	8	9	10

Довідка розрахунок на кожного пільговика додається.

Начальник відділу _____

Керівник _____

Бухгалтер _____

Головний бухгалтер _____

М.П.

М.П.

Додаток 6
до Програми відшкодування витрат за
надані пільги з безоплатного
зубопротезування та медичних
стоматологічних послуг для окремих
категорій громадян на 2024 -2028 роки
Гірської сільської ради

ДОГОВІР № _____
Про відшкодування витрат за надання безоплатних
медичних стоматологічних послуг

«___» _____ 202__р.

Комунальне некомерційне підприємство «Бориспільський центр первинної медико-санітарної допомоги» (далі - Сторона 1), в особі директора _____, що діє на підставі Статуту, з однієї сторони, та _____ (далі - Сторона 2), в особі _____, що діє на підставі _____, з іншої сторони, що разом іменуються - Сторони, керуючись чинним законодавством України, нормативно-розпорядчими документами Сторін, уклали цей Договір про наступне:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ ТА ЦІНА

1.1. Предметом цього Договору є відносини Сторін щодо відшкодування витрат, пов'язаних із наданням безоплатних медичних стоматологічних послуг (планове лікування, зубопротезування) учасникам бойових дій, віднесеним до цієї категорії відповідно до пунктів 19-21 статті 6 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» (далі - Закон), особам з інвалідністю внаслідок війни, віднесеним до цієї категорії відповідно до пунктів 11-13 статті 7 Закону, які зареєстровані у Гірській сільській раді та перебувають на обліку в Єдиному державному автоматизованому реєстрі осіб, які мають право на пільгу, (далі – Одержувачі послуг), відповідно до Програми відшкодування витрат за надані пільги з безоплатного зубопротезування та медичних стоматологічних послуг для окремих категорій громадян на 2024 - 2028 роки, затвердженого рішенням Гірської сільської ради від _____ № _____.

1.2. Сторона 1 здійснює відшкодування витрат, нарахованих Стороною 2 та наданих Стороною 2, відповідно до кошторисних призначень.

1.3. Ціна Договору складає: _____ гривень 00 копійок. Сторона 1 залишає за собою право коригувати ціну укладеного Договору відповідно до потреби та на підставі кошторису видатків шляхом підписання додаткової угоди до Договору.

1.4. Сума відшкодування витрат за надані безоплатно медичні стоматологічні послуги в рік на одну особу не може перевищувати п'яти розмірів прожиткового мінімуму, встановленого на 01 січня поточного року.

2. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКІВ ТА ЗОБОВ'ЯЗАННЯ СТОРІН

2.1. Сторона 2 зобов'язується:

2.1.1. Після перевірки належності особи, яка звернулася за послугами до категорії Одержувачів послуг відповідно до п. 1.1. цього Договору, забезпечити надання безоплатних медичних стоматологічних послуг із планового лікування та зубопротезування.

2.1.2. Щомісячно, до 20 числа поточного місяця (в грудні – не пізніше 15 числа) надавати Стороні 1 акт виконаних робіт (наданих послуг) на загальну суму відшкодування та реєстр на

відшкодування витрат, пов'язаних із наданням безоплатних медичних стоматологічних послуг із планового лікування та зубопротезування, Одержувачам послуг, де зазначається: прізвище, ім'я та по батькові Одержувача послуг, місце реєстрації, серія та номер посвідчення, сума витрат за надання безоплатних медичних стоматологічних послуг за поточний місяць, сума відшкодування за поточний місяць, загальна сума компенсаційних виплат по Одержувачу послуг з початку року.

2.1.3. Складати та надавати Стороні 1 до 20 числа поточного місяця (у грудні не пізніше 15 числа) по кожному Одержувачу послуг акт виконаних робіт (наданих послуг) на суму витрачених коштів, підписаний лікарем і пацієнтом та затверджений підписом керівника та печаткою медичного закладу. В акті вказується перелік виконаних робіт (наданих послуг) та їх вартість.

2.1.4. Формувати та контролювати списки черговості Одержувачів послуг на надання безоплатних медичних стоматологічних послуг із планового лікування та зубопротезування.

2.2. Сторона 1 зобов'язується:

2.2.1. Після перевірки підписувати акт виконаних робіт (наданих послуг) зі Стороною 2 в межах помісячного розпису.

2.2.2. Здійснювати відшкодування витрат, пов'язаних із наданням безоплатних медичних стоматологічних послуг із планового лікування та зубопротезування, шляхом перерахування коштів на поточний рахунок Сторони 2, вказаний у п. 9 Договору.

3. ФОРС-МАЖОРНІ ОБСТАВИНИ

3.1. Сторони звільняються від відповідальності за часткове або повне невиконання обов'язків по даному Договору, якщо це невиконання є наслідком форс-мажорних обставин.

3.2. Під форс-мажорними обставинами розуміють обставини, які виникли після підписання Договору внаслідок непередбачених Сторонами подій надзвичайного характеру: землетрусів, пожежі, повені, зсувів, іншого стихійного лиха, вибухів, війни або військових дій, а також рішення органів влади, які роблять неможливим виконання умов цього Договору тощо.

3.3. Строк виконання зобов'язань продовжується на строк дії форс-мажорних обставин.

3.4. Достатнім доказом дії форс-мажорних обставин є документ, виданий Торгово-промисловою палатою України.

4. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

4.1. Всі спори та суперечки щодо невиконання Сторонами умов цього Договору вирішуються в порядку, встановленому законодавством України.

5. АНТИКОРУПЦІЙНЕ ЗАСТЕРЕЖЕННЯ

5.1. У зв'язку з виконанням цього Договору Сторони підтверджують та заявляють, що ні вони, ні будь-які особи, що діють від їхнього імені, не порушили та не порушать жодних міжнародних принципів протидії хабарництву або будь-якого застосованого національного антикорупційного законодавства.

5.2. Сторони погоджуються, що не застосовували та не застосовуватимуть корупційних методів впливу у відносинах з іншою Стороною Договору. Під корупційними методами розуміються дії Сторони Договору у вигляді надання неправомірної вигоди будь-якій особі, що здійснює вплив на іншу Сторону Договору, зроблені з метою схилення іншої Сторони Договору до ухвалення рішення в інтересах Сторони Договору.

5.3. Сторони визнають, що їхні можливі неправомірні дії та порушення антикорупційних умов цього Договору можуть спричинити несприятливі наслідки – від пониження рейтингу надійності до істотних обмежень щодо взаємодії зі Стороною, аж до розірвання цього Договору.

5.4. Сторони заявляють, що вони мають відповідну політику, процедури та засоби управління для забезпечення відповідності послуг, що надаються за цим Договором, Положенням щодо протидії корупції.

6. ІНШІ УМОВИ

6.1. Договір може бути розірвано за згодою Сторін або у випадках, передбачених законодавством, та за ініціативою однієї зі Сторін. При цьому Сторона, яка бажає розірвати Договір, повинна письмово повідомити про це іншу Сторону за 20 днів до дати розірвання цього Договору.

6.2. Не є можливим розірвання Договору в односторонньому порядку.

6.3. Жодна зі Сторін не має права передавати свої права та обов'язки за цим Договором третім особам без письмової згоди на те іншої Сторони.

6.4. Усі додатки до Договору складають його невід'ємну частину.

6.5. Внесення змін та доповнень до Договору оформляється Сторонами додатковими угодами, які є невід'ємною частиною Договору.

6.6. Даний Договір складено у двох примірниках, по одному для кожної зі Сторін, які мають однакову юридичну силу.

6.7. Сторони зобов'язуються повідомити одна одну про зміни своїх платіжних реквізитів, місце знаходження, номерів телефонів, факсів у 5 денний термін від дня виникнення відповідних змін.

6.8. У випадках, не передбачених цим Договором, Сторони керуються законодавством України.

7. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

7.1. За невиконання або неналежне виконання умов цього Договору Сторони несуть відповідальність, передбачену законодавством України.

7.2. Сторона 2 несе повну відповідальність за:

- правильність складання і своєчасність надання Стороні 1 актів виконаних робіт (наданих послуг) та реєстрів на відшкодування витрат за надання безоплатних медичних стоматологічних послуг, які зазначені в підпунктах 2.1.2., 2.1.3. пункту 2.1. цього Договору;
- якість наданих послуг з лікування та зубопротезування.

7.3. Сторона 1 несе відповідальність за несвоєчасне перерахування коштів Стороні 2 у розмірі подвійної облікової ставки НБУ від несплаченої суми за кожний день затримки.

8. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

8.1. Цей договір набирає чинності з дати його підписання та відповідно до ст. 631 ЦК України поширює свою дію на правовідносини, що виникли між сторонами з _____ року і діє до 31 грудня 2024 року (включно), але в будь-якому разі до повного виконання Сторонами своїх зобов'язань.

8.2. У випадку розірвання цього Договору Сторони повинні повністю провести всі взаємні розрахунки та платежі.

8.3. Термін дії Договору, а також його певні умови, можуть бути переглянуті за узгодженням сторін на підставах та відповідно до законодавства України.

8.4. Договір не буде вважатися припиненим до проведення всіх взаєморозрахунків між Сторонами.

9. ЮРИДИЧНІ АДРЕСИ ТА РЕКВІЗИТИ СТОРІН:

Сторона 1

Сторона 2