



Некоммерческая организация
Благотворительный фонд
«Тешам (Довверие)»

ИНН: 0603999671
ОГРН: 1130600000376
КПП: 060301001
Юр. Адрес: 386230, РИ,
г. Карабулак, ул. Осканова, д.32

07.11.2025 г.

Отчет по проекту #maisamusa

Акт о расходовании средств

№	Наименование статьи расходов	Кол	Стоимос	Контрагент	Сумма (руб.)	Примечание
1	Реабилитации	1	66 500	ООО "СТ КЛИНИК"	66 500	
2	Административные расходы фонда: ГСМ; аренда транспортов, помещений; оплата работы куратора; услуг телефонной и прочей связи.	-	8 000		8 000	ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ № 280 взято 8000
	ИТОГО по расходам фонда				74 500	

В приложении Tooba было собрано: **85 436**

Комиссия ЮКассы	2,8	2 392
Расходы на администрирование, разработку и развитие приложения Tooba	10%	8 544

Исполнительный директор БФ «Тешам»

М.П.



Мержоев М-Б.Х.



ДОГОВОР ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ УСЛУГ №8074

г. Назрань

ООО "СТ КЛИНИК" именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Ужахов Сулейман Халитович, действующего на основании Приказа, с одной стороны, и НОБФ «Тешам (доверие)» именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» в лице Исполнительного директора Мержоева Магомед-Башир Хамидовича, с другой стороны, заключили настоящий Договор в пользу Муса Майсаа Радван, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», о следующем.

1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1. Сведения об Исполнителе:

1.1.1. Наименование и фирменное наименование: ООО "СТ КЛИНИК" ;

1.1.3. Адрес места оказания медицинских услуг: Назрань Новая 15;

1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: 1230600004623;

1.2. Сведения о Заказчике: 1.3.1. Фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон Заказчика (заполняется, если Заказчик физическое лицо):

1.3.2. Наименование и адрес места нахождения Заказчика (заполняется, если Заказчик – юридическое лицо): Некомерческая организация Благотворительный фонд «Тешам (Доверие)» (ИНН 0603999671), факт. Адрес: РИ, г. Назрань, ул. Чеченская, д. 34

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

№ п/п	Наименование услуги	Цена услуги	Количество	Сумма
1	ВКС с седацией	8000.00	1	8000.00
2	Анализы	5500.00	1	5500.00
3	геморроидэктомия 2 ст. сложности	40000.00	1	40000.00
4	Масочный наркоз	10000.00	1	10000.00
5	Пребывание в стационаре (сутки)	3000.00	1	3000.00

2.2. При заключении Договора Заказчику (Потребителю) предоставляется вся информация о видах и объемах медицинской помощи без взимания платы, а также другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

3. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг.

3.2. Оплата конкретной медицинской услуги производится непосредственно в день оказания такой услуги, на основании Прейскуранта Исполнителя. Иной порядок и сроки оплаты могут быть предусмотрены в Дополнительном соглашении Сторон. Заказчик (Потребитель) ознакомлен с Прейскурантом до подписания Договора.

3.3. Оплата осуществляется Заказчиком путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным, не запрещенным законом способом.

4. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя (законного представителя Потребителя) и согласия Заказчика приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика.

4.2. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. Исполнителем после исполнения Договора выдаются Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

4.4. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя).

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

- 5.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.
- 5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (Потребителя) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 5.3. Заказчик несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 5.4. Потребитель несет ответственность за нарушение условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 5.5. В случаях, предусмотренных п. 5.3. - 5.4. Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий (за исключением проведения лечения по жизненным показаниям экстренной помощи).

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

- 6.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.
- 6.2. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

- 7.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до полного погашения обязательств друг перед другом Исполнителем и Заказчиком.
- 7.3. Договор составлен в двух экземплярах, по одному - для каждой из Сторон.

8. ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО "СТ КЛИНИК"

Юридический адрес: 386102, Республика Ингушетия обл. г. Назрань ул. Новая д.15

Почтовый адрес: 386102, Республика Ингушетия обл. г. Назрань ул. Чеченская, д. 2.

Номер тел./факс: +7(964)055-50-50

ИНН/КПП 0600011220/060001001

Банк: СТАВРОПОЛЬСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ №5230 ПАО СБЕРБАНК

БИК 040702615

р/счет 40702810560350004487

кор/счет 30101810907020000615

Главный врач ООО "СТ КЛИНИК"

 

Заказчик:

НОБФ «Тешам (доверие)»

ИНН 0603999671, КПП 060301001

р/с 40703810560350050236

в Ставропольском отделении №5230 ПАО

СБЕРБАНК г. Ставрополь

БИК 040702615

Подпись:Мержоев М-Б.Х.

Пациент:

ФИО: Муса Майсаа Радван

Телефон: 

Подпись:



ООО "СТ КЛИНИК" ИНН/КПП 0600011220\060001001 ОГРН
1230600004623
г. Назрань, ул.Новая, д.15, тел. +7(964)055-50-50

Квитанция № 8074 от 24.12.2024 г.

ООО "СТ КЛИНИК", именуемое в дальнейшем "ИСПОЛНИТЕЛЬ", и Муса Майсаа Радван [REDACTED], номер [REDACTED], именуемый (ая) в дальнейшем "ПАЦИЕНТ", настоящим актом подтверждают, что ПАЦИЕНТУ были оказаны следующие медицинские услуги:

Заказчик: НОБФ «Тешам (Доверие)»

Пациент: Муса Майсаа Радван

№	Наименование	Кол-во	Цена	Скидка	Сумма
1	ВКС с седацией	1	8000	0	8000
2	Анализы	1	2711	0	5500
3	геморроидэктомия 2 ст. сложности	1	40000	0	40000
4	Масочный наркоз	1	10000	0	10000
5	Пребывание в стационаре (сутки)	1	3000	0	3000
Итого:					66500.00

Шестьдесят шесть тысяч пятьсот рублей, 00 копеек

Исполнитель:

(подпись)

Утежков С.Х.
(Ф. И. О.)

Заказчик:

(подпись)

(Ф. И. О.)





ООО "СТ КЛИНИК" ИНН\КПП 0600011220\060001001 ОГРН
1230600004623
г. Назрань, ул.Новая, д.15, тел. +7(964)055-50-50

Квитанция № 8074 от 24.12.2024 г.

ООО "СТ КЛИНИК", именуемое в дальнейшем "ИСПОЛНИТЕЛЬ", и Муса Майсаа Радван паспорт серии [REDACTED], номер [REDACTED] именуемый (ая) в дальнейшем "ПАЦИЕНТ", настоящим актом подтверждают, что ПАЦИЕНТУ были оказаны следующие медицинские услуги:

Заказчик: НОБФ «Тешам (Доверие)»

Пациент: Муса Майсаа Радван

№	Наименование	Кол-во	Цена	Скидка	Сумма
1	ВКС с седацией	1	8000	0	8000
2	Анализы	1	2711	0	5500
3	геморроидэктомия 2 ст. сложности	1	40000	0	40000
4	Масочный наркоз	1	10000	0	10000
5	Пребывание в стационаре (сутки)	1	3000	0	3000
Итого:					66500.00

Шестьдесят шесть тысяч пятьсот рублей, 00 копеек

Исполнитель:

(подпись)

Заказчик

(подпись)

А. Мусааев С.Х.

(Ф. И. О.)

(Ф. И. О.)

10.01.2025

Поступ. в банк плат.

Списано со сч. плат.

0401060

10.01.2025

Дата

электронно

Вид платежа

ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ № 266

Сумма прописью Шестьдесят шесть тысяч пятьсот рублей 00 копеек

ИНН 0603999671	КПП 060301001	Сумма	66500-00		
ФОНД "ТЕШАМ"		Сч. №	40703810560350050236		
Платательщик		БИК	040702615		
СТАВРОПОЛЬСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ №5230 ПАО СБЕРБАНК г.Ставрополь		Сч. №	30101810907020000615		
Банк Плательщика		БИК	040702615		
СТАВРОПОЛЬСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ №5230 ПАО СБЕРБАНК		Сч. №	30101810907020000615		
Банк Получателя		Сч. №	40702810560350004487		
ИНН 0600011220		КПП 060001001	Вид оп.	01	Срок плат.
ООО "СТ Клиник"			Наз. пл.		Очер. плат. 5
Получатель		Код			Рез. поле

Оплата за медицинские услуги согласно договора №8074 от 24.12.2024г. НДС не облагается.

Назначение платежа

Подписи

Отметки Банка

М.П.

МЕРЖОЕВ МАГОМЕД-БАШИР ХАМИДОВИЧ

ПАО Сбербанк России

БИК 040702615

ПОЛУЧЕНО

10.01.2025

30.01.2025

Поступ. в банк плат.

30.01.2025

Списано со сч. плат.

0401060

ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ № 280

30.01.2025

Дата

электронно

Вид платежа

Сумма
прописью

Пятнадцать тысяч рублей 00 копеек

ИНН 0603999671	КПП 060301001	Сумма	15000-00		
ФОНД "ТЕШАМ"					
Платательщик СТАВРОПОЛЬСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ №5230 ПАО СБЕРБАНК г.Ставрополь		Сч. №	40703810560350050236		
		БИК	040702615		
Банк Плательщика СТАВРОПОЛЬСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ №5230 ПАО СБЕРБАНК		Сч. №	30101810907020000615		
		БИК	040702615		
Банк Получателя ИНН 0603008507 КПП 060301001 ООО "КОМП"		Сч. №	30101810907020000615		
		Сч. №	40702810560350020827		
Получатель		Вид оп.	01	Срок плат.	5
		Наз. пл.		Очер. плат.	
		Код		Рез. поле	

Оплата за аутсорс бухгалтерского учета за январь 2025 г. согласно договора № 4/24 от 01.06.2024г . НДС не облагается.

Назначение платежа

Подписи

Отметки Банка

М.П.

МЕРЖОЕВ МАГОМЕД-БАШИР ХАМИДОВИЧ

ПАО Сбербанк России

БИК 040702615

ИСПОЛНЕН

30.01.2025