

02.08.2024

Отчёт по проекту [#orbiromashova](#)

Акт о расходовании средств

№	Наименование статьи расходов	Кол-во	Стоимость	Контрагент	Сумма (руб.)	Подтвержд. документы	Примечание
1	Курс реабилитации после инсульта (21 день)	1 шт	451500	ООО «Реабилитационный центр «Три сестры» от 20 апреля 2017г	251500	Счет № 23\0831 1 от 19.10.2023 ПП № 187 от 29.02.2024	
2	Расходы на администрирование и развитие фонда	1шт	28945		28945		
3	Расходы на администрирование, разработку и развитие приложения Тооба	10%	32161		32161		
4	Комиссия ЮКасса	2.8 %	9005		9005		
ИТОГО					321611		321611

В приложении Тооба было собрано: **321 611рублей**

Примечание: частичное использование, недостающая сумма покрыта за счёт резервных средств фонда

Директор по развитию

Главный бухгалтер



Е.А. Милова

Н.В. Ковалева

ДОГОВОР №ТС/М/170420
оказания медицинских услуг

г. Москва

20 апреля 2017 года

Общество с ограниченной ответственностью "Реабилитационный центр "Три сестры", ОГРН 1115050007456, место нахождения по адресу: Московская область, Щелковский район, д. Райки, ул. Чеховская д. 1, (далее "Исполнитель" или "Реабилитационный центр"), в лице генерального директора Симаковой Анны Сергеевны, действующей на основании устава, с одной стороны, и

Фонд по борьбе с инсультом «ОРБИ», ОГРН 1107799030349, место нахождения по адресу: 125167, г.Москва, Ленинградский пр-т, д.47, с.3, оф.34, (далее "Заказчик"), в лице Исполнительного директора Комарова Александра Николаевича, действующего на основании Устава, с другой стороны,

совместно именуемые "Стороны", а по отдельности – "Сторона", заключили настоящий договор об оказании медицинских услуг (далее "Договор") о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать медицинские услуги в условиях стационара пациентам, направляемым Заказчиком.

1.2. В соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № ЛО-50-01-004399, выданную Министерством здравоохранения Московской области (Московская область, г. Красногорск, бульвар Строителей, дом 1, тел. +7 498 602-03-01), 17 июля 2013 года, Исполнитель вправе осуществлять следующие виды работ (услуг):

При осуществлении доврачебной медицинской помощи по: лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинскому массажу, сестринскому делу, физиотерапии. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: при осуществлении специализированной медицинской помощи по: восстановительной медицине, гастроэнтерологии, кардиологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, психотерапии, рефлексотерапии, терапии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, экспертизе временной нетрудоспособности, эндокринологии. При осуществлении стационарной медицинской помощи, в том числе: при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: восстановительной медицине, гастроэнтерологии, диетологии, кардиологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, неврологии, терапии, физиотерапии, функциональной диагностике, ультразвуковой диагностике, экспертизе временной нетрудоспособности, эндокринологии. При осуществлении санаторно-курортной помощи по: восстановительной медицине, гастроэнтерологии, диетологии, кардиологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, психотерапии, рефлексотерапии, терапии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, экспертизе временной нетрудоспособности, эндокринологии.

Копия лицензии приведена в приложении №1 к настоящему Договору.

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Заказчик обязуется:

- 2.1.1. согласовывать с Исполнителем направление пациентов для оказания им медицинских услуг;
- 2.1.2. ознакомить пациента, направляемого в Реабилитационный центр, с условиями оказания услуг и порядком работы Исполнителя;
- 2.1.3. предоставлять/обеспечить предоставление Исполнителю необходимые для оказания медицинских услуг сведения о пациенте;
- 2.1.4. оплачивать медицинские услуги, оказанные пациенту, в размере и порядке, установленными настоящим Договором.

- 2.2. Исполнитель обязуется:
- 2.2.1. оказывать медицинские услуги качественно, в соответствии с настоящим Договором.
 - 2.2.2. использовать в процессе оказания медицинских услуг только лицензированные, запатентованные способы лечения, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой.
 - 2.2.3. не использовать способы лечения, медицинские препараты и процедуры, способные нанести вред здоровью и самочувствию пациента.
 - 2.2.4. соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья пациента (врачебную тайну).
 - 2.2.5. после завершения курса медицинских услуг предоставить Заказчику отчет по форме, приведенной в приложении №2 к настоящему Договору.

3. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- 3.1. Заказчик направляет Исполнителю заявку на размещение и реабилитацию пациента в Реабилитационном центре по форме, приведенной в приложении №3 к настоящему Договору, а также иную информацию о пациенте, необходимую для оценки возможности размещения пациента и оказания ему медицинских услуг в Реабилитационном центре (включая выписной эпикриз).
- 3.2. В течение 3 (трех) рабочих дней Исполнитель рассматривает предоставленную Заказчиком информацию в отношении пациента и сообщает Заказчику о возможности/невозможности размещения пациента и оказания ему медицинских услуг, датах размещения пациента, стоимости медицинских услуг.
- 3.3. В случае если Исполнитель сообщил о возможности размещения (лечения) пациента в Реабилитационном центре, а Заказчик подтвердил размещение (лечение) пациента в Реабилитационном центре в согласованные Сторонами даты и стоимость медицинских услуг, Исполнитель в течение 3 (трех) рабочих дней выставляет счет на оплату медицинских услуг.
- 3.4. Заявка и подтверждение направляются по следующим адресам электронной почты:
Исполнителю: t.kareva@three-sisters.ru
Заказчику: ap@orbifond.ru
- 3.5. Оплата медицинских услуг, оказываемых Реабилитационным центром направленному Заказчиком пациенту, осуществляется в порядке 100% предоплаты (до даты заезда пациента), если иной порядок оплаты медицинских услуг не согласован Сторонами.
- 3.6. Заказчик выдает пациенту направление по форме, приведенной в приложении №4 к настоящему Договору.
- 3.7. В дату, согласованную Сторонами, пациент размещается в Реабилитационном центре. Палаты оснащены тревожной кнопкой вызова медицинской сестры, Wi-Fi, телевизором, противоскользящим покрытием пола, выключателями, зеркалами, вешалками – на доступной высоте для инвалида на коляске, доступным туалетом (оснащение поручнями, туалетным креслом, специализированной раковиной без барьера подъезда на коляске).
- 3.8. Реабилитационный центр заключает договор об оказании медицинских услуг с пациентом.
- 3.9. В случае если пациенту требуется предоставление дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных планом лечения и не согласованных с Заказчиком, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика. Без согласования с Заказчиком Исполнитель не вправе оказывать дополнительные медицинские услуги пациентам за счет Заказчика. Исполнитель вправе оказывать дополнительные медицинские услуги пациенту по согласованию с пациентом за счет пациента.
- 3.10. В случае если при оказании платных медицинских услуг потребуются оказание дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
- 3.11. После завершения срока оказания медицинских услуг пациенту Исполнитель в течение 3 (трех) рабочих дней предоставляет Заказчику отчет.
- 3.12. На момент заключения настоящего Договора лицом, ответственным за координацию и исполнение настоящего Договора от имени Заказчика, является Кострова Наталья, тел. (495) 743-48-68.
- 3.13. Ответственным лицом, ответственным за координацию и исполнение настоящего Договора от

имени Исполнителя является Татьяна Карева, тел. (495) 287-4949.

4. ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.

4.1. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон или по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ и настоящим Договором.

4.2. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания Сторонами и действует до 31 декабря 2016 года. Если ни одна из Сторон не заявит о расторжении Договора, Договор считается продленным на следующий календарный год.

4.3. Любая из Сторон вправе расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке путем направления уведомления другой Стороне не менее чем за 30 (тридцать) дней до такого расторжения Договора.

5. ФОРС-МАЖОРНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА

5.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, если оно явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажорных обстоятельств), а именно: пожара, наводнения, землетрясения, войны, принятия компетентными органами государственной власти и органами местного самоуправления актов, существенно затрудняющих или делающих невозможным исполнение обязательств по настоящему Договору и др.

5.2. Сторона, для которой стало невозможно исполнение обязательств по настоящему Договору вследствие обстоятельств непреодолимой силы, обязана немедленно уведомить другую Сторону о наступлении указанных обстоятельств.

5.3. Несвоевременное уведомление другой Стороны о наступлении обстоятельств непреодолимой силы лишает Сторону права ссылаться на них в будущем.

5.4. Если обстоятельства непреодолимой силы будут продолжаться более трех месяцев, каждая из Сторон имеет право в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора. Заявление об отказе от исполнения Договора должно быть дано Стороной немедленно по прекращении обстоятельств непреодолимой силы.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение договорных обязательств Стороны несут ответственность, установленную действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. За нарушение и/или несоблюдение Сторонами условий о конфиденциальности настоящего Договора, нарушение врачебной тайны, Стороны несут ответственность в размере реального ущерба в соответствии с законодательством Российской Федерации. Конфиденциальная информация включает: условия настоящего Договора, сведения о факте обращения клиента в Реабилитационный центр, сведения о состоянии здоровья клиента, стоимость оказанных услуг и другие персональные данные клиента.

7. ПРОЧИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Все споры и разногласия, возникающие из настоящего Договора или в связи с ним, в том числе, касающиеся его исполнения, нарушения, изменения, расторжения или недействительности, если иное прямо не предусмотрено настоящим Договором, разрешаются по соглашению Сторон.

7.2. Все неурегулированные споры и разногласия по настоящему Договору рассматриваются Арбитражным судом Московской области.

7.3. Настоящий Договор составлен и подписан в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон, имеющих одинаковую юридическую силу.

8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель
ООО "РЦ "Три сестры"

ОГРН 1117746022063

Заказчик
Фонд по борьбе с инсультом «ОРБИ»

ОГРН 1107799030349

ИНН 5050092951 / КПП 505051001
Адрес: 141142, Московская область,
Щелковский район, деревня Райки, ул.
Чеховская д. 1
Телефон +7 (499) 755-77-75
Банковские реквизиты:
р/счет 40702810938000050721
Банк: ПАО СБЕРБАНК г. Москва
БИК 044525225
к/сч 30101810400000000225

Генеральный директор



А.С. Симакова

ИНН 7728123272 / КПП 772801001
Адрес: 125167, г.Москва, Ленинградский пр-т,
д.47, с.3, оф.34

Банковские реквизиты:
р/счет 40703810438180000307
Банк: ПАО СБЕРБАНК г. Москва
БИК 044525225
к/сч 30101810400000000225

Исполнительный директор



А.Н. Комаров

Приложение №1
к договору №ТС/М/170420
оказания медицинских услуг
от 20 апреля 2017 года

[копия лицензии Исполнителя]

Приложение №2
к договору №ТС/М/170420
оказания медицинских услуг
от 20 апреля 2017 года

Форма отчета, предоставляемого Исполнителем

№	Пациент	Дата рождения	Номер заявки	Нозология	заезд пациента	выезд пациента	Срок, дн.
1	2	3	4	5	6	7	8

От Исполнителя
Подпись:
ФИО:
Должность:

de

Приложение №3
к договору №ТС/М/170420
оказания медицинских услуг
от 20 апреля 2017 года

Форма заявки
на размещение пациента
в Реабилитационном центре

[на бланке Заказчика]

[дата]

ООО «Реабилитационный центр «Три сестры»
Московская область, Щелковский район,
д. Райки, ул. Чеховская д. 1

Заявка
на размещение пациентов в Реабилитационном центре «Три сестры»

№	Ф.И.О.	Дата рождения	Адрес	Телефон	Примечания
1	2	3	4	5	6

Заказчик

[подпись]
[ФИО]
[должность]

м.п.

Приложение №4
к договору №ТС/М/170420
оказания медицинских услуг
от 20 апреля 2017 года

[на бланке Заказчика]

Бланк направления
в Реабилитационный центр "Три сестры"

Дата _____

Ф.И.О. ответственного лица: _____

Ф.И.О. клиента: _____

Дата рождения: _____

Цель направления: _____

Дата начала реабилитации: _____ Дата окончания реабилитации: _____

Примечания:

[подпись]
[ФИО]
[должность]

м.п.

ac

Поставщик: **ООО "Реабилитационный центр "Три сестры"**
Адрес: 141142, Российская Федерация, Московская обл, г Лосино-Петровский, д Райки, Чеховская ул, дом № 1, телефон: +74952874949



Образец заполнения платежного поручения

ПАО Сбербанк		БИК	044525225	
Банк получателя		Сч. №	30101810400000000225	
ИНН 5050092951	КПП 505001001	Сч. №	40702810938000050721	
ООО "Реабилитационный центр "Три сестры"				
Получатель				Отсканируйте для оплаты

Счет № 23/08311 от 19 октября 2023 г.

Покупатель: **ФОНД ОРБИ**

№	Товар	Кол-во	Ед.	Цена		Сумма
				Без скидки	Со скидкой	
1	Медицинские услуги по реабилитации	21	шт	21 500,00	21 500,00	451 500,00

Итого: 451 500,00
Сумма НДС:

Всего наименований 1, на сумму 451 500,00
Четыреста пятьдесят одна тысяча пять сот рублей 00 копеек

Руководитель Симакова Анна Сергеевна Бухгалтер Усова Елена Владимировна



29.02.2024

29.02.2024

0401060

Поступ. в банк плат.

Списано со сч. плат.

ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ № 187

29.02.2024

Дата

электронно

Вид платежа

Сумма
прописью

Четыреста пятьдесят одна тысяча пятьсот рублей 00 копеек

ИНН 7728123272	КПП 772801001	Сумма	451500-00
ФОНД ОРБИ		Сч. №	40703810438180000307
Платательщик		БИК	044525225
ПАО Сбербанк г. Москва		Сч. №	30101810400000000225
Банк Плательщика		БИК	044525225
ПАО Сбербанк г. Москва		Сч. №	30101810400000000225
Банк Получателя		Сч. №	40702810938000050721
ИНН 5050092951	КПП	Вид оп.	01
ООО "РЦ "ТРИ СЕСТРЫ"		Наз. пл.	Срок плат.
		Код	Очер. плат.
			Рез. поле
			5

Оплата по счету №23/08311 от 19.10.2023г. за медицинские услуги по реабилитации - Сумма 451500-00 Без налога (НДС)

Назначение платежа

Подписи

Отметки банка

М.П.

Комаров Александр Николаевич

Ковалева Наталья Валерьевна

ПАО Сбербанк

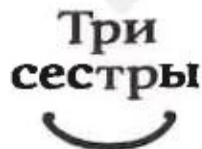
Московский банк ПАО Сбербанк

Дополнительный офис № 1866

БИК 044525225

ПРОВЕДЕНО

29.02.2024



Акт № 24/00620 от 07.05.2024 г.

Центр: Общество с ограниченной ответственностью "Реабилитационный центр "Три сестры"

Заказчик: ФОНД ОРБИ

№	Наименование работ, услуг	Кол-во	Ед.	Цена	Сумма
1	Медицинские услуги по реабилитации пациента	21	Сутки	21 500	451 500

Итого: 451 500 Р

В том числе НДС: 0,00 Р

Всего оказано услуг на сумму 451 500 руб.

Четыреста пятьдесят одна тысяча пятьсот рублей 00 копеек

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Платательщик и Пациент претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеют.

ЦЕНТР

Генеральный директор Общество с ограниченной ответственностью "Реабилитационный центр "Три сестры"



(Симакова А.С.)

ЗАКАЗЧИК

ФОНД ОРБИ

ПАЦИЕНТ

(Ромашова Марина Владимировна)





Идентификатор документа 3b9a1555-369f-4182-b3b4-437153400ebe



Документ подписан и передан через оператора ЭДО АО «ПФ «СКБ Контур»

Организация, сотрудник		Доверенность: рег. номер, период действия и статус	Сертификат: серийный номер, период действия	Дата и время подписания
Подписи отправителя:	ООО "РЦ "ТРИ СЕСТРЫ" СИМАКОВА АННА СЕРГЕЕВНА, ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР	Не требуется для подписания	01EA5791009EB0B5A54550383FA 2F4215B с 17.10.2023 11:39 по 17.01.2025 11:39 GMT+03:00	07.05.2024 16:16 GMT+03:00 Подпись соответствует файлу документа
	Подписи получателя:			
	ФОНД ОРБИ Комаров Александр Николаевич, ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР	Не требуется для подписания	0143E96F0004B0FBAF4D5E8AAC D9598698 с 16.05.2023 09:37 по 16.08.2024 09:37 GMT+03:00	07.05.2024 17:21 GMT+03:00 Подпись соответствует файлу документа

