ДОГОВОР О СОТРУДНИЧЕСТВЕ

г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ 199\_ г.

Страховая медицинская организация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование)

в дальнейшем именуемая "Страховщик", действующая на основании

лицензии Nо.\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 19\_\_г., выданной \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование органа, выдавшего лицензию)

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны,

и медицинское учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование)

в дальнейшем именуемое "Учреждение", действующее на основании

лицензии Nо. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ 19\_\_ г., выданной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование органа, выдавшего лицензию)

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(должность, фамилия, имя, отчество)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны,

заключили настоящий Договор о следующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. СТРАХОВЩИК и УЧРЕЖДЕНИЕ намерены сотрудничать для

достижения общих целей по организации и проведению обязательного

медицинского страхования населения г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ для реализации

базовой программы ОМС, утвержденной Правительством Российской

Федерации. После проведения подготовительной работы, лицензирования и

утверждения Правительством нормативов по сумме страхового взноса,

тарифам на медицинские услуги и т.п. Стороны намерены заключить

типовой договор на предоставление лечебно-профилактической помощи по

медицинскому страхованию.

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. СТРАХОВЩИК обязуется:

2.1.1. Разработать территориальную программу ОМС.

2.1.2. Внедрить систему обязательного медицинского страхования

для жителей и организаций.

2.1.3. Разработать совместно с УЧРЕЖДЕНИЕМ тарифное соглашение.

2.1.4. Застраховать любого обратившегося к СТРАХОВЩИКУ

гражданина и направить его, при необходимости, в УЧРЕЖДЕНИЕ.

2.1.5. Предоставить УЧРЕЖДЕНИЮ всю информацию и нормативные

документы по ОМС.

2.1.6. Ежемесячно осуществлять сверку взаиморасчетов с

УЧРЕЖДЕНИЕМ.

2.1.7. Обеспечить, при необходимости, УЧРЕЖДЕНИЕ оргтехникой

(компьютер, факс-модем) для осуществления страховой деятельности.

2.2. УЧРЕЖДЕНИЕ обязуется:

2.2.1. Организовать и предоставить застрахованным СТРАХОВЩИКОМ

гражданам медицинские услуги в соответствии с требованиями

территориальной программы ОМС и утвержденными медицинскими

стандартами.

2.2.2. Ежемесячно выставлять счета СТРАХОВЩИКУ по законченному

факту страхового случая.

2.2.3. Назначить своего представителя для решения общих вопросов

и обеспечения контроля за выполнением условий Договора.

2.2.4. Выделить, по возможности, помещение и городской телефон

для представителя СТРАХОВЩИКА в УЧРЕЖДЕНИИ.

3. ДЕЙСТВИЕ ДОГОВОРА

3.1. Настоящий Договор действует с момента подписания его

сторонами в течение года.

3.2. Все дополнения и изменения к Договору оформляются

соглашениями, являющимися неотъемлемой частью Договора.

4. РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

4.1. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также

по инициативе любой из сторон.

4.2. В случае расторжения Договора стороны предупреждают друг

друга за месяц.

5. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА СТОРОН

СТРАХОВЩИК УЧРЕЖДЕНИЕ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефакс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефакс:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Р/с. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Р/с. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СТРАХОВЩИК УЧРЕЖДЕНИЕ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. М.П.