Приложение № 2

к Порядку реализации мероприятий

по ресоциализации и социальной адаптации лиц, освободившихся

из мест лишения свободы

Договор

о предоставлении компенсации затрат на проведение обязательного предварительного медицинского осмотра лиц, освободившихся из мест лишения свободы

г. Салехард «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Департамент по труду и социальной защите населения Администрации муниципального образования город Салехард, именуемый в дальнейшем «Уполномоченный орган», в лице начальника департамента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании Положения, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Работодатель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании Устава, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

I. Предмет договора

1.1. Настоящий договор заключен в целях реализации мероприятий подпрограммы «Обеспечение законности, правопорядка, общественной безопасности и профилактики правонарушений на территории муниципального образования город Салехард» муниципальной программы «Безопасный город» на 2017-2020 годы, утвержденной постановлением Администрации города Салехарда от 06 мая 2015 года №206, в соответствии с Порядком реализации мероприятий по ресоциализации и социальной адаптации лиц, освободившихся из мест лишения свободы, утвержденным постановлением Администрации муниципального образования город Салехард от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_2017 года № \_\_\_\_\_.

1.2. В соответствии с решением Уполномоченного органа от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. №\_\_\_\_\_ о предоставлении компенсации работодателю на проведение обязательного предварительного медицинского осмотра лиц, освободившихся из мест лишения свободы, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. лица, освободившегося из мест лишения свободы

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

Ф.И.О. лица, освободившегося из мест лишения свободы

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

Ф.И.О. лица, освободившегося из мест лишения свободы

Работодателю перечисляется на его счет в соответствии с разделом V настоящего договора \_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

сумма

II. Обязательства сторон

2.1. Уполномоченный орган обязуется:

2.1.1. Компенсировать Работодателю за счет средств городского бюджета затраты на проведение обязательного предварительного медицинского осмотра трудоустроенных им лиц, освободившихся из мест лишения свободы, в течение семи рабочих дней со дня принятия им решения о предоставлении компенсации.

2.1.2. Осуществлять контроль за расходованием бюджетных средств, перечисленных Работодателю.

2.2. Работодатель обязуется:

2.2.1. Предоставлять достоверные сведения о расходах на оплату обязательного предварительного медицинского осмотра трудоустроенных им лиц, освободившихся из мест лишения свободы.

2.2.2. Обеспечивать доступ к Работодателю представителей Уполномоченного органа с целью проверки ими исполнения Работодателем обязательств, предусмотренных настоящим договором, а также получения сведений, объяснений, справок, документов (их копий), иной необходимой информации.

2.2.3. Уведомить в течение трех рабочих дней Уполномоченный орган в случае изменения юридического адреса, его места нахождения, изменения банковских реквизитов со дня происхождения изменений.

2.2.4. Сообщить Уполномоченному органу о предстоящей реорганизации Работодателя или его ликвидации в течение трех рабочих дней со дня принятия соответствующего решения.

2.2.5. Возвращать средства, перечисленные на компенсацию затрат на проведение обязательного предварительного медицинского осмотра лиц, освободившихся из мест лишения, в Уполномоченный орган в течение семи рабочих дней со дня уведомления Работодателя в случаях:

- выявления фактов представления Работодателем недостоверных сведений об оплате предоставленных медицинских услуг на проведение обязательного предварительного медицинского осмотра лиц, освободившихся из мест лишения свободы;

- невыполнения иных условий, предусмотренных настоящим договором.

2.3. Стороны обязуются:

2.3.1. Гарантировать соблюдение конфиденциальности в отношении документов, сведений, полученных, ставших известными в ходе выполнения условий настоящего договора, о которых установлено, что они носят конфиденциальный характер или являются медицинской тайной.

III. Ответственность сторон

3.1. Ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора определяется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и настоящим договором.

3.2. Работодатель возмещает Уполномоченному органу в полном объеме ущерб, причиненный Уполномоченному органу в результате неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств, предусмотренных пунктами 2.2.1. и 2.2.5. настоящего договора.

3.3. Уполномоченный орган вправе расторгнуть настоящий договор в одностороннем внесудебном порядке с предварительным письменным уведомлением Работодателя за пятнадцать дней, в случаях:

- представления Работодателем недостоверных сведений для получения компенсации затрат на проведение обязательного предварительного медицинского осмотра лиц, освободившихся из мест лишения свободы;

- признания Работодателя несостоятельным (банкротом) или вынесения решения о назначении внешнего управления;

- нахождения Работодателя на стадии ликвидации.

3.4. Условия настоящего договора могут быть изменены только по соглашению сторон в письменной форме.

3.5. Спорные вопросы и взаимные претензии, связанные с выполнением настоящего договора, разрешаются в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке.

IV. Заключительные положения

4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (но не позднее 25 декабря текущего финансового года).

4.2. Изменения и дополнения в настоящий договор оформляются сторонами путем подписания дополнительного соглашения.

4.3. Деятельность сторон по настоящему договору ведется без образования совместного имущества и без получения общей прибыли.

4.4. По окончанию срока действия настоящего договора Уполномоченный орган и Работодатель производят сверку исполнения обязательств по настоящему договору.

4.5. Настоящий договор составлен в двух экземплярах (по одному для каждой из сторон), имеющих одинаковую юридическую силу.

V. Юридические адреса и реквизиты сторон

|  |  |
| --- | --- |
| Уполномоченный орган  Департамент по труду и социальной защите населения Администрации муниципального образования город Салехард  629008 г. Салехард, ул. Матросова, 36  тел. 3-51-08, факс 3-56-45  ИНН 8901002368,  ОКПО 03176863  ОКОНХ 97600  р/сч. 40204810100000000004  в РКЦ города Салехарда  БИК 047182000  Начальник департамента  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  М.П. (подпись) (ФИО) | Работодатель  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование организации)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (почтовый адрес, телефон)  ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  р/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  к/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (название банка)  БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ОКВЭД\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  От имени «Работодателя»:  Руководитель  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  М.П. (подпись) (ФИО) |