|  |  |
| --- | --- |
| **Өнімнің медициналық мақсаттағы бұйымдарға және медициналық техникаға жататындығына және Қазақстан Республикасында мемлекеттік тіркеу**  **қажеттілігіне сараптама жүргізуге**  **№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **шарт**  **Астана қ-сы « »\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ж.**  Бұдан әрі «Орындаушы» деп аталатын Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің «Дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдарды және медицина техникасын сараптау ұлттық орталығы» шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық мемлекеттік кәсіпорны атынан 16.11.2018ж. № 104 Сенімхаты негізінде әрекет етуші Өтініш берушілерге қызмет көрсету орталығы басшысының орынбасары В.Ю. Гребенникова бірінші жақтан және бұдан әрі «Өтініш беруші» деп аталатын \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ атынан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ негізінде әрекет етуші \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ екінші жақтан, төмендегілер туралы осы Шартты жасасты:  **1. Шарттың мәні**  1.1. Өнімнің медициналық мақсаттағы бұйымдарға және медициналық техникаға жататындығына және оларды Қазақстан Республикасында мемлекеттік тіркеу қажеттілігіне сараптама жүргізу.  **2. Тараптардың міндеттері**  2.1. «Өтініш беруші» мыналарға міндеттеледі:  2.1.1. Осы шарттың талаптарына сәйкес белгіленген мерзімде және тәртіпте ілеспе хатпен бірге Орындаушыға келесі құжаттар мен материалдарды ұсыну:  1) өнімнің атауы;  2) өндірушінің атауы;  3) техникалық сипаттамасы, қолданылу саласы, тағайындалуы;  4) өнімнің фотографиялық бейнесі;  5) өндіруші елде тіркеу немесе осы елдің мемлекеттік уәкілетті органы берген ондай қажеттіліктің жоқтығы туралы ақпарат;  6) қолдану жөніндегі нұсқаулық немесе пайдалану құжаты, өнім үлгісі.  2.1.2. Шарт жасалған сәттен өзінің заңды мәртебесінің кез келген өзгерістері, осыдан шығатын барлық салдары (заңды мекенжайы, тіркелген заңды атауы, байланыс тәсілдері және т.с.с.) туралы жазбаша хабарлау.  2.2. «Орындаушы» мыналарға міндеттеледі:  2.2.1. Осы шарттың талаптарына сәйкес белгіленген мерзімде және тәртіпте өнімнің медициналық мақсаттағы бұйымдарға және медициналық техникаға жататындығына сараптама жүргізу.  2.2.2. Өтініш берушіге Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасына сәйкес мерзімде және тәртіпте жазбаша қорытынды беру.  2.2.3. Өтініш берушіден алынған ақпараттың құпиялылығын сақтау, материалдардың сақталуын қамтамасыз ету.  **3. Сараптама жүргізу мерзімдері**  3.1. Сараптама жүргізу мерзімі күнтізбелік 15 (он бес) күнді құрайды.  3.2. Сараптама жүргізудің басталуы болып Орындаушының есепшотына қаражат түскен күн есептеледі.  3.3. ДЗ сараптаудың соңы болып жазбаша қорытынды берілген күн есептеледі.  3.4. Сараптама жүргізу аяқталғанда тараптар орындалған жұмыстар актісін ресімдейді.  **4. Сараптама құны және есептеу тәртібі**  4.1. Төлем валютасы: Теңге.  4.2. Осы шарт бойынша құны Өтініш берушінің өтінген күніне қолданылатын Орындаушының бекітілген Бағалар прейскурантына сәйкес анықталады.  4.3. Орындаушы төлемге жолдама түскен сәттен бастап 5 жұмыс күнінен кешіктірмей төлемге шот ұсынуға міндетті.  4.4. Шарт бойынша төлем төлемге шот қойған сәттен бастап 5 (бес) банк күні ішінде Орындаушының есепшотына Өтініш берушінің ақша аударуы арқылы жүзеге асырылады.  **5. Тараптардың жауапкершіліктері**  5.1. Өтініш беруші ұсынылған ақпараттың дәйектілігі және Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкестігіне жауапкершілік артады.  5.2. Шарт талаптарын орындамағаны үшін екі тарап та Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасына сәйкес жауапкершілік артады.  5.3. Қаржы қаражатын қайтару кезінде Орындаушы банк тарифтеріне сәйкес қаржы қаражатын аудару бойынша банктің комиссиялық қызметтерін ұстап қалады.  **6. Форс-мажорлық жағдайлар**  6.1. Қазақстан Республикасының заңнамасында төтенше сипаттағы күтпеген оқиғалар ретінде танылған, Тараптардың бақылауынан тыс туындаған еңсерілмейтін күш жағдайлары (өрт, сел, басқа да табиғи апаттар, кез келген әскери қозғалыстар) орын алғанда Тараптардың осы шарт бойынша өз міндеттерін орындау мерзімі осындай жағдайлар немесе олардың салдары жалғасатын уақытқа сәйкес шегеріледі.  6.2. Тараптар бір-біріне еңсерілмейтін күш әсерінің орын алуы, сондай-ақ оның әсерінің тоқтауы туралы фактіні, олар басталған немесе тоқтаған сәттен бастап 10 (он) күннен кешіктірмей дәлелдер ұсынумен дереу, жазбаша түрде хабарлауы тиіс.  6.3. Еңсерілмейтін күш әсерінің орын алуы, ұзақтығы және тоқтауы уәкілетті органдар берген тиісті құжаттармен расталады.  **7. Шарттың қолданылу мерзімі**  7.1. Осы Шарт өзі жасалған сәттен бастап күшіне енеді және үш жыл бойы қолданылады.  **8. Қорытынды ережелер**  8.1. Осы шарт бойынша немесе онымен байланысты барлық даулар мен қайшылықтар тараптар арасындағы келіссөздер арқылы немесе претензиялық тәртіпте шешіледі. Претензияны қарау мерзімі – күнтізбелік 15 күн.  8.2. Даулар мен қайшылықтар келіссөздер арқылы немесе претензиялық тәртіпте шешілуі мүмкін болмаған жағдайда оларды ҚР заңнамасына сәйкес Орындаушының орналасқан мекенжайы бойынша сотта қаралады.  8.3.Шартты тараптардың келісімі бойынша не Шартта немесе Қазақстан Республикасының қолданыстағы азаматтық заңнамасында көзделген негіздер бойынша бұзуға болады.  8.4. Тараптардың бірі Қазақстан Республикасының заңнамасында көзделген тәртіппен, осы шартта көзделген шарт міндеттерін орындамаған жағдайда шартты бұзуға болады.  8.5. Осы шартқа қатысты барлық өзгерістер мен толықтырулар, екі тараптың да уәкілетті өкілдері қол қойған жазбаша түрде ресімделеді және оның ажырамас бөлігі болып табылады.  8.6. Осы шарт әр Тарапқа бір данадан, бірдей заңды күшке ие, мемлекеттік және орыс тілдерінде екі түпнұсқа данада құрастырылған.  **9. Тараптардың заңды мекенжайлары мен деректемелері:**  **Орындаушы:**  ҚР ДСМ «Дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдарды және медицина  техникасын сараптау ұлттық орталығы»  ШЖҚ РМК Астана қ-сы, Мәңгілік Ел, д-лы, 20 ғимарат.  БСН 980 240 003 251  Қабылдап алатын банк:  «Қазақстан Халық Банкі» АҚ  КБЕ 16 Коды 601 Swift (БИК) HSBKKZKX  KZ886010111000074702  БСН 940140000385  **RUB**  KZ076010111000074705  Қабылдап алатын банк: КБ «Москоммерцбанк» АҚ РФ, Мәскеу қ-сы, Ресей.  РФ БСК 044525951  К/С 30101810045250000951  Қабылдап алушының шоты: №30111810100001046516  Қабылдап алушы: «Қазақстанның Халық банкі» АҚ Алматы қ-сы, Қазақстан ИНН 9909108921  **USD**  KZ616010111000074703  Beneficiary Bank: JSC Halyk Bank,  Correspondent account: 8900372605  Correspondent Bank: THE BANK OF NEW YORK MELLON NEW YORK,  NY US SWIFT  BIC:IRVTUS3NXXX  **EUR**  KZ346010111000074704  Beneficiary Bank: JSC Halyk Bank,  Correspondent account: 400886460501  Correspondent Bank: COMMERZBANK AG  Frankfurt-am-Main 1, Germany  SWIFT BIC: COBADEFF  **Өтініш берушілерге қызмет көрсету орталығы басшысының орынбасары**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**В.Гребенникова**  *қолы*  М.О.  **Өтініш беруші:**  *(өтініш берушінің атауы)*  Заңды мекен-жайы:  БСН  Банктің реквизиттері:  Банк  Swift (БИК)  Р/С  Телефон:  Өтініш беруші  *Уәкілетті тұлғаның лауазымы*  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Аты-жөні**  *қолы*  М.О. | **Договор №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **на проведение экспертизы принадлежности продукции к изделиям медицинского назначения и медицинской техники и необходимости государственной регистрации в Республике Казахстан**  **г. Астана « »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.**  Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» Министерства здравоохранения Республики Казахстан, в лице Заместителя руководителя Центра по обслуживанию заявителей Гребенниковой В.Ю., действующей на основании Доверенности № 104 от 16.11.2018 года, в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ действующего(ей) на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , в дальнейшем «Заявитель», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:  **1. Предмет договора**  1.1. Проведение Исполнителем экспертизы принадлежности продукции к изделиям медицинского назначения и медицинской техники и необходимости их государственной регистрации в Республике Казахстан.  **2. Обязанности сторон**  2.1. «Заявитель» обязуется:  2.1.1. Для проведения экспертизы предоставить Исполнителю с сопроводительным письмом в сроки и в порядке, установленные в соответствии с условиями настоящего договора, следующие документы и материалы:  1) наименование продукции;  2) наименование производителя;  3) техническое описание, область применения, назначение;  4) фотографическое изображение продукции;  5) информацию о регистрации в стране производителя или отсутствие необходимости таковой, выданной государственным уполномоченным органом этой страны;  6) инструкцию по применению или эксплуатационный документ, образец продукции.  2.1.2. Письменно информировать о любых изменениях своего юридического статуса со всеми вытекающими отсюда последствиями (юридический адрес, зарегистрированное юридическое название) с момента заключения договора.  2.2. «Исполнитель» обязуется:  2.2.1. Провести экспертизу принадлежности продукции к изделиям медицинского назначения и медицинской техники в сроки и в порядке, установленные в соответствии с условиями настоящего договора.  2.2.2. Выдать Заявителю письменное заключение в сроки и в порядке в соответствии с законодательством Республики Казахстан.  2.2.3. Соблюдать конфиденциальность информации, получаемой от Заявителя, обеспечить сохранность материалов.  **3. Сроки проведения экспертизы**  3.1. Срок проведения экспертизы составляет­­ 15 (пятнадцать) календарных дней.  3.2. Началом проведения экспертизы считается дата поступления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.  3.3. Окончанием проведения экспертизы считается дата выдачи письменного заключения.  3.4. По окончании проведения экспертизы стороны оформляют акт выполненных работ.  **4. Стоимость экспертизы и порядок расчетов**  4.1. Валюта платежа: Тенге.  4.2. Стоимость по настоящему договору определяется в соответствии с утвержденным Прейскурантом цен Исполнителя, действующего на дату обращения Заявителя.  4.3. Исполнитель обязуется предоставить счет на оплату не позднее 5 рабочих дней с момента поступления направления на оплату.  4.4. Оплата по Договору осуществляется путем перечисления Заявителем на расчетный счет Исполнителя в течение 5 (Пяти) банковских дней с момента выставления счета на оплату.  **5. Ответственность Сторон**  5.1. Заявитель несет ответственность за достоверность и соответствие предоставленной информации законодательству Республики Казахстан.  5.2. За невыполнение условий договора обе стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.  5.3. При возврате денежных средств Исполнитель удерживает комиссионные услуги банка по переводу денежных средств, согласно тарифам банка.  **6. Форс-мажорные обстоятельства**  6.1. При наступлении обстоятельств непреодолимой силы, признаваемых действующим законодательством РК в качестве непредвиденных событий чрезвычайного характера, возникших вне контроля Сторон (пожары, наводнения, другие стихийные бедствия, военные действия любой природы), срок исполнения Сторонами своих обязательств по настоящему договору отодвигается соразмерно времени, в течение которого будут действовать подобные обстоятельства или их последствия.  6.2. Стороны должны немедленно, в письменной форме, уведомить друг друга о факте наступления действий непреодолимой силы, а также прекращения их действия, с предоставлением доказательств не позднее, чем 10 (десяти) рабочих дней с момента их наступления или прекращения.  6.3.Наступление, продолжительность и прекращение действия обстоятельств непреодолимой силы подтверждаются соответствующими документами, выданными уполномоченными органами.  **7. Срок действия Договора**  7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента заключения настоящего Договора и действует в течение трех лет.  **8. Заключительные положения**  8.1.Все споры и разногласия по настоящему договору, или в связи с ним, разрешаются путем переговоров между сторонами или в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии - 15 календарных дней.  8.2. В случае если споры и разногласия не могут быть решены путем переговоров или в претензионном порядке, они подлежат рассмотрению в суде по месту нахождения Исполнителя в соответствии с законодательством Республики Казахстан.  8.3.Расторжение договора может иметь место по соглашению сторон либо по основаниям, предусмотренным договором или действующим гражданским законодательством Республики Казахстан.  8.4.Договор, может быть расторгнут, в случае неисполнения одной из сторон договорных обязательств, предусмотренных настоящим договором в порядке, предусмотренном законодательством Республики Казахстан.  8.5. Все изменения и дополнения к настоящему договору оформляются в письменном виде, подписываемыми уполномоченными представителями обеих сторон, которые составляют неотъемлемую часть договора.  8.6. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, на государственном и русском языках, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.  **9. Юридические адреса и реквизиты сторон:**  **Исполнитель:**  РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» МЗ РК  г. Астана, пр. Мангилик Ел, здание 20. БИН 980 240 003 251  Банк получатель:  АО «Народный Банк Казахстана» КБЕ 16 Код 601 Swift (БИК) HSBKKZKX  KZ886010111000074702  БИН 940140000385  **RUB**  KZ076010111000074705  Банк получатель: КБ «Москоммерцбанк» АО, г.Москва,  РФ БИК: 044525951  К/С: 30101810045250000951  Счет получателя: №30111810100001046516  Получатель: АО Народный Банк Казахстана,  г.Алматы, Казахстан ИНН 9909108921  **USD**  KZ616010111000074703  Beneficiary Bank: JSC Halyk Bank,  Correspondent account: 8900372605  Correspondent Bank: THE BANK OF NEW YORK MELLON NEW YORK,  NY US SWIFT  BIC:IRVTUS3NXXX  **EUR**  KZ346010111000074704  Beneficiary Bank: JSC Halyk Bank,  Correspondent account: 400886460501  Correspondent Bank: COMMERZBANK AG  Frankfurt-am-Main 1, Germany  SWIFT BIC: COBADEFF  **Заместитель руководителя Центра по обслуживанию заявителей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Гребенникова В.**  *подпись*  М.П.  **Заявитель:**  *(наименование заявителя)*  Юридический адрес:  БИН  Банковские реквизиты:  Банк  Swift (БИК)  Р/С  Телефон:  Заявитель  *Должность уполномоченного лица*  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.Фамилия**  *подпись*  М.П. |