بسمه تعالی

**تاريخ:**

**شماره:**

**پيوست:**

«بسمه تعالي»

قرارداد اخذ خدمات تصویر برداری خارج از نوبت براي بيماران اعزامي از طرف مركز آموزشي، درماني .............

اين قرارداد بر اساس مجوز شماره (14089/5-29/2/1393) دانشگاه علوم پزشكي تبريز و با استناد بند 9 ماده 10 ( زنجیره تامین خدمات تشخیصی و درمانی ) برنامه تحول نظام سلامت و مراکزآموزشی, درمانی و در راستای دستورالعمل کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت،درمان و آموزش پزشكي ودرجهت استفاده از امكانات مراكز تصويربرداري بخش خصوصي ، قرارداد حاضر بين مركز آموزشي، درماني و ..................................................با مديريت ................ به نشاني تبريز ............................................................................ با مركز تصويربرداري ..................................داراي كد اقتصادي ..................... و شناسه ملي ......................... و به نشاني تبريز – ................................................ تلفن ................. به مديريت ..................... . بشماره ملي ............. و شماره موبايل ................ كه شرايط مندرج برگه استعلام را تقبل نموده است با شرايط ذيل منعقد مي گردد :

**ماده 1 ) موضوع قرارداد** : عبارت است از پذيرش و ارائه خدمات .............درخواست شده براي بيماران بستري اعزامي از مركز آموزشي، درماني .............. تبريز بدون نوبت و اخذ وجهي از بيمار و يا همراه بيمار و با اعمال تعرفه ..................... اعلام شده از طرف وزارتخانه متبوع و با رعايت شرايط وتوافقات به عمل آمده با معاونت درمان دانشگاه علوم پزشكي تبريزانجام مي گيرد.

**ماده 2 ) تعهدات پيمانكار:**

\_ پيمانكار متعهد ميگردد كه قانون منع مداخله كاركنان دولت در معاملات و قراردادهاي دولتي را رعايت نمايد در غير اينصورت هرگونه عواقب قانوني برعهده پيمانكار ميباشد .

\_ پرداخت كليه كسورات قانوني شامل اين قرار داد برعهده پيمانكار ميباشد .

\_ مديرمركز تصويربرداري ........................... به عنوان نماينده تام الاختيار پيمانكار متعهد به پذيرش بيماران با حداقل زمان نوبت دهي بيماران بستري اعزامي از اين مركز مي باشد.

- مركز تصويربرداري موظف است كليشه ها را 6ساعت بعد از انجام ................. و گزارشات را حداكثر 24 ساعت بعد از انجام .................... به رابط بيمارستان تحويل دهد.

**ماده 3) تعهدات كارفرما :**

- مدير مركز آموزشي، درماني و .................تبريز به عنوان كارفرما متعهد مي شود براساس صورتحساب تنظيمي هزينه بيماران بستري اعزامي به مركز تصويربرداري ........................ را پس از دريافت اسناد و صورت حساب ماهانه با فاصله يكماه و با تعرفه بخش ................... به حساب اعلامي شماره .............................. بنام مركز تصويربرداري ..................... پرداخت نمايد و يك برگ از فيش پرداختي را به مدير پيمانكار تحويل و رسيد .

- پرداخت هزينه به مراكز تصويربرداري در پايان هر ماه توسط اين مركز و مطابق با تفاهم نامه معاونت محترم درمان و با تعرفه ...................... اعلام شده از طرف وزارت متبوع بعد از تائيد معاونت درمان خواهد بود.

- ارجاع بيماران سرپايي مشمول اين تفاهم نامه نمي باشد.

- ارجاع بيماران بواسطه فرم هاي ارسالي از طريق معاونت درمان صورت خواهد گرفت.

- نقل و انتقال بيمار توسط مركز آموزشي ، درماني و .......................... خواهد بود ومراكز تصويربرداري فقط موظف به ارائه پذيرش به بيمار معرفي شده از طريق ستاد هدايت درمان مي باشند.

ماده 4) مدت زمان قرارداد :

- تفاهم نامه فوق از تاريخ 00/00/1393 لغايت 29/12/1393 خواهد بود.

اين تفاهم نامه درسه نسخه تنظيم شده و پس از امضاء طرفين لازم الاجراء ميباشد .

امضاء طرفين:

پيمانكار كارفرما

نام ونام خانوادگي : نام ونام خانوادگي:

سمت: مدير سمت: مدير

امضا و مهر امضاء و مهر

مسئول پاراكلنيكهاي مركز رئيس حسابداري مركز