

**Договор
на оказание услуг №18-01**

г. Алматы

«08» января 2025г.

ТОО «Др Реддис Лабораторис Казахстан», именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице Генерального директора Мырзабаева Талгата Әлішерұлы, действующего на основании Устава, с одной стороны, и
ТОО «МВ АРНА», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Директора Малик Владимира Анатольевича, действующего на основании Устава, и с другой стороны (именуемые далее Стороны), заключили настоящий Договор (именуемый далее Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия Исполнитель обязуется по заданию Заказчика оказать услуги по уничтожению медицинских отходов на условиях настоящего Договора, а Заказчик обязуется оплатить указанные услуги.

1.2. В рамках данного Договора под медицинскими отходами понимается:

- лекарственные средства и медицинские изделия, биологические активные добавки, косметические средства, пришедшие в негодность, фальсифицированные, с истекшим сроком годности и лекарственных средств и медицинских изделий, не соответствующих требованиям законодательства Республики Казахстан (далее – медицинские отходы).

1.3. Уничтожение производится по письменной заявке Заказчика, на адрес электронной почты mv_arna@mail.ru, в которой он указывает перечень, количество, точный вес - БРУТТО подлежащих уничтожению медицинских отходов.

1.4. Заявка подаётся не позднее 3 (трех) рабочих дней до даты вывоза готовой к уничтожению партии медицинских отходов.

2. СТОИМОСТЬ ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость уничтожения составляет:

№	наименование	единица измерения	цена за единицу измерения в тенге с НДС
1	Утилизация лекарственных средств и медицинских изделий, пришедших в негодность, фальсифицированных, с истекшим сроком годности (вес партии до 400 кг)	услуга	120 000
2	Утилизация лекарственных средств и медицинских изделий, пришедших в негодность, фальсифицированных, с истекшим сроком годности (вес партии свыше 400 кг)	кг	300

2.2. Заказчик оплачивает оказанные услуги по утилизации медицинских отходов на основании актов выполненных работ в безналичной форме, путем перечисления денежных средств.

2.3. Цена остается неизменной в течение всего срока действия Договора.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Обязанности Исполнителя:

3.1.1. Принять передаваемые по Акту приема-передачи лекарственные средства, пришедшие в негодность, фальсифицированные, с истекшим сроком годности (Приложение 1).

3.1.2. Осуществлять транспортировку упакованных медицинских отходов Заказчика к месту уничтожения по заявкам Заказчика.

3.1.3. Обеспечивать временное хранение медицинских отходов до момента уничтожения в соответствии с требованием действующего законодательства.

3.1.4. Подписать предоставленный Заказчиком Акт об уничтожении лекарственных средств, пришедших в негодность, фальсифицированных, с истекшим сроком годности в день окончания проведения работ по уничтожению.

3.1.5. Предоставлять Заказчику всю разрешительную документацию на данный вид деятельности:

Разрешение на эмиссию в окружающую среду. А также письменно обязуется извещать в случае потери данного права.

3.1.6. По запросу Заказчика предоставлять справку о сданных отходах для представления в надзорные органы.

3.1.7. Обеспечить соблюдение норм техники безопасности и охраны труда при работе собственных сотрудников с отходами Заказчика.

3.2. Права Исполнителя:

3.2.1. В случае неисполнения Заказчиком п.п. 3.3.3 настоящего Договора Исполнитель имеет право приостановить вывоз отходов до исполнения Заказчиком своих обязательств.

3.3. Обязанности Заказчика:

3.3.1. Сформировать Акт приема-передачи лекарственных средств, пришедших в негодность, фальсифицированных, с истекшим сроком годности для уничтожения и передать его Исполнителю свободными от прав третьих лиц, в соответствии с условиями настоящего Договора. Акт приема-передачи лекарственных средств, пришедших в негодность, фальсифицированных, с истекшим сроком годности, является неотъемлемой частью настоящего Договора и оформляется согласно Приложению № 1 к Договору.

3.3.2. Сформировать Акт об уничтожении лекарственных средств, пришедших в негодность, фальсифицированных, с истекшим сроком годности и передать для подписания Исполнителю в 3 (трех) экземплярах, согласно Приложения №2 к Договору. Один экземпляр Акта в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня его составления направляется Заказчиком в соответствующий территориальный Департамент Комитета фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

3.3.3. Оплачивать работу Исполнителя в течение 5 (пяти) рабочих дней после предоставления акта выполненных работ.

3.3.4. Неукоснительно соблюдать правила по подготовке к отправке медицинских отходов на уничтожение.

3.3.5. Приобретать одноразовую твердую упаковку самостоятельно, руководствуясь потребностью и санитарным правилам.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

4.2. В том случае, если Заказчик не удовлетворен качеством или полнотой оказанных ему услуг, он в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня ненадлежащего исполнения Исполнителем обязанностей по Договору представляет Исполнителю аргументированную претензию в письменном виде. Непредставление Заказчиком Исполнителю претензии по качеству или полноте обслуживания в указанный срок означает надлежащее выполнение Исполнителем своих обязанностей по Договору.

Действия, которые надлежит совершить Исполнителю по представленной в соответствии с настоящим пунктом претензии, в каждом конкретном случае определяются по договоренности Сторон.

5. ДЕЙСТВИЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ

5.1. Ни одна из Сторон не несет ответственности перед другой Стороной за неисполнение обязательств по настоящему Договору, обусловленное действием обстоятельств непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств, возникших помимо воли и желания сторон и которые нельзя предвидеть или избежать, в том числе объявленная или фактическая война, гражданские волнения, эпидемии, блокада, эмбарго, пожары, землетрясения, наводнения и другие природные стихийные бедствия, а также издание актов государственных органов.

5.2. Свидетельство, выданное компетентным органом, является достаточным подтверждением наличия и продолжительности действия непреодолимой силы.

5.3. Сторона, которая не исполняет своего обязательства вследствие действия непреодолимой силы, должна незамедлительно известить другую Сторону о таких обстоятельствах и их влиянии на исполнение обязательств по Договору.

5.4. Если обстоятельства непреодолимой силы действуют на протяжении 2 (двух) последовательных месяцев, настоящий Договор может быть расторгнут любой из Сторон путем направления письменного уведомления другой Стороне.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

6.1. Стороны обязуются не разглашать содержание Договора, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Республики Казахстан.

6.2. Стороны обязуются сохранять конфиденциальность информации, полученной в результате исполнения Договора.

7. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

7.1. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть между сторонами по вопросам, не нашедшим своего разрешения в тексте данного Договора, будут разрешаться путем переговоров.

7.2. В случае невозможности разрешения разногласий путем переговоров споры разрешаются в порядке, установленном действующим законодательством Республики Казахстан.

8. УСЛОВИЯ СОГЛАСОВАНИЯ СВЯЗИ МЕЖДУ СТОРОНАМИ

8.1. Полномочными представителями сторон по Настоящему Договору являются:

Исполнитель: (727) 327-29-19 Бухгалтерия, 327-66-10 отдел сбыта и договоров, эл. адрес mv_ama@mail.ru

Заказчик: (727)313-25-10, Попова Ирина Вячеславовна, заведующий аптечным складом, эл. адрес Popova.Irina@drreddys.com

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ИЗМЕНЕНИЯ И ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

- 9.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами.
9.2. Договор заключен и действует до 31.12.2025г.
9.3. В случае неисполнения обязательств, обозначенных в настоящем Договоре, у противоположной стороны Договора возникает право одностороннего расторжения с возмещением всех понесенных реальных убытков.

10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 10.1. Настоящий Договор составлен в 2-х подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.
10.2. В случаях, не предусмотренных настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством Республики Казахстан.
10.3. После подписания настоящего Договора все предварительные переговоры по нему - переписка, предварительные соглашения и протоколы о намерениях по вопросам, так или иначе касающимся настоящего Договора, теряют юридическую силу.

11. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ	ЗАКАЗЧИК
<p>ТОО "МВ АРНА" Юридический адрес: Казахстан, почтовый индекс 040804, Алматинская область, город Алатау, микрорайон Арна, п.з Арна, дом 137/1 Фактический адрес: РК, 050008 г. Алматы, ул. Жарокова, 16, кв.81; БИН 101140015123 ИИК KZ046018771000978851 в АО "Народный Банк Казахстана" БИК HSBKZZKX КБЕ 17 эл.почта: mv_arna@mail.ru</p>	<p>ТОО «Др Реддис Лабораторис Казахстан» Юридический адрес: 050040, г. Алматы, ул. Тимирязева 28В, офис 905, БЦ «Алатау Гранд» Фактический адрес: 050040, г. Алматы, ул. Тимирязева 28В, офис 905, БЦ «Алатау Гранд» Банковские реквизиты: БИН 161140030227 ИИК KZ3283201T0200488000 АО «Ситибанк Казахстан» БИК CITIKZKA КБЕ 17</p>



Малик В.А.



Мырзабаев Т.Ә.

Приложение № 2

Акт об уничтожении непригодных к реализации и медицинскому применению лекарственных средств и медицинских изделий

« » _____ 20__ года, _____ (час) _____ Производственный объект «АРНА» _____
 (дата, время) _____ (место уничтожения)

Нами: _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), место работы, занимаемая должность, принимавших участие в уничтожении) уничтожены нижеперечисленные лекарственные средства непригодные к реализации и медицинскому применению в количестве _____ наименований, на сумму _____ тенге, о чем составлен настоящий акт:

№ п/п	Наименование лекарственного средства и (или) медицинского изделия	Лекарственная форма	Серия	Ед. изм	Кол-во	Цена (тенге)	Сумма (тенге)	Наименование производителя лекарственного средства и (или) медицинского изделия	Основание, для уничтожения/ причина уничтожения	Способ уничтожения
1.										

лица, принимающие участие в уничтожении

 Фамилия, имя, отчество (при наличии)

 Фамилия, имя, отчество (при наличии)

 Фамилия, имя, отчество (при наличии)

Подписи: _____

Подпись: _____

Подпись: _____

Местопечати

для организаций, осуществляющих уничтожение лекарственных средств и медицинских изделий