

Утверждена приказом  
ГБУ СО ЯО «Центр социального  
обслуживания граждан пожилого  
возраста и инвалидов»  
от 11.01.2021 г. № 15

## Форма акта

### Акт № приема - передачи средств реабилитации во временное владение и пользование

г. Ярославль

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания Ярославской области «Центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов», именуемое в дальнейшем Поставщик социальных услуг (далее – Поставщик), в лице директора Сергеевой Анны Юрьевны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

именуемый(ая) в дальнейшем Получатель социальных услуг /законный представитель Получателя социальных услуг (далее - Получатель/законный представитель Получателя), с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», составили настоящий акт о нижеследующем:

1. Поставщик передаёт, а Получатель (законный представитель Получателя) принимает во временное владение и пользование на платной основе следующие средства реабилитации (далее – СР):

№ п/п	Наименование СР	инвентарный номер	Кол-во, шт.

Транспортировка СР до места жительства Получателя производится Получателем (законным представителем Получателя) за свой счет.

2. Размер платы за временное владение и пользование СР за сутки составляет:

\_\_\_\_\_ (сумма цифрами и прописью)

согласно тарифам, утвержденным постановлением Правительства Ярославской области от 15.06.2015 № 644–п «Об утверждении тарифов на социальные услуги и о признании утратившим силу и частично утратившими силу отдельных постановлений Администрации области и Правительства области».

3. Размер платы по настоящему акту составляет:

\_\_\_\_\_ (сумма цифрами и прописью)

4. Оплата производится Получателем (законным представителем Получателя) при подписании Сторонами настоящего акта наличными денежными средствами в бухгалтерии Поставщика с оформлением квитанции об оплате и приходного ордера.

5. В результате осмотра СР неисправности не выявлены/ выявлены (ненужное зачеркнуть)

6. Работоспособность СР проверена в присутствии Получателя (законного представителя Получателя). Получатель (законный представитель Получателя) ознакомлен с правилами эксплуатации СР и правилами техники безопасности.

7. Вместе с СР Получателю (законному представителю Получателя) переданы правила эксплуатации СР или методические пособия по использованию СР.

8. СР передаются на срок с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. по « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

9. Получатель (законный представитель Получателя) имеет право досрочно вернуть СР. В случае досрочного возврата СР Получателем (законным представителем Получателя) Поставщик возвращает ему соответствующую часть полученной платы, исчисляя её со дня, следующего за днём фактического возврата СР Поставщику.

10. В случае смерти Получателя, возврат СР Поставщику производится социальным работником, медицинской сестрой Поставщика или родственником Получателя (законным представителем Получателя).

11. В случае утраты или нарушения правил эксплуатации и содержания СР, что привело к его порче, Получатель (законный представитель Получателя), в течение 15 (пятнадцати) календарных дней, с момента возникновения указанных обстоятельств, возмещает Поставщику стоимость утраченного (испорченного) СР, в размере \_\_\_\_\_,

(сумма цифрами и прописью)

либо стоимость ремонта СР и расходы по транспортировке СР в порядке, предусмотренном положением о службе «Социальный пункт проката средств реабилитации».

12. Во всем, что не предусмотрено настоящим актом, Стороны руководствуются положением о службе «Социальный пункт проката средств реабилитации» Поставщика и действующим законодательством Российской Федерации.

13. Настоящий акт составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

**Поставщик:**

ГБУ СО ЯО «Центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов»  
Юр. адрес: 150029, г. Ярославль,  
ул. Закгейма, д.22а  
Тел. (4852) 74-63-62, 74-67-71  
ИНН/КПП 7605012460/760401001

**Получатель:**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) Получателя \_\_\_\_\_  
Данные документа, удостоверяющего личность Получателя \_\_\_\_\_  
Адрес места жительства Получателя \_\_\_\_\_  
Банковские реквизиты Получателя (при наличии) \_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя Получателя \_\_\_\_\_  
Данные документа, удостоверяющего личность, законного представителя Получателя \_\_\_\_\_  
Адрес места жительства законного представителя Получателя \_\_\_\_\_

Директор \_\_\_\_\_ Сергеева А.Ю.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(личная подпись) (Фамилия, инициалы)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.  
М.П.

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

