**Mẫu 04 - Hợp đồng thực hành khám bệnh, chữa bệnh**

|  |  |
| --- | --- |
| .............1............. .............2............. **-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  --------------** |
| Số:……/HĐTH-……3…… | *…..4……, ngày …. tháng …. năm …* |

**HỢP ĐỒNG**

**Thực hành khám bệnh, chữa bệnh**

*Căn cứ Bộ luật Dân sự ngày 24 tháng 11 năm 2015;*

*Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 09 tháng 01 năm 2023;*

*Căn cứ Nghị định số /2023/NĐ-CP ngày tháng 12 năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;*

Hôm nay, ngày …. tháng … năm … tại …………………., chúng tôi gồm:

**BÊN A:………………………………………………….......................................................**

Đại diện là ông/bà:…………………………………………………......................................

Chức vụ: …………………………………………………………......................................................

Địa chỉ thường trú: …………………Điện thoại: …………………...........................................

**BÊN B:** **……………………………………………….........................................................**

Ông/bà: …………………………………………………........................................................

Ngày, tháng, năm sinh: ………………………………………………………...........................

Văn bằng chuyên môn:…………………………5………………………..............................

Địa chỉ thường trú: ……………………………………………………….................................

Số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu:…………6………… Ngày cấp ………………. Nơi cấp:…………………….

Thỏa thuận ký kết hợp đồng thực hành khám bệnh, chữa bệnh theo các điều khoản sau đây:

**Điều 1. Thời gian, địa điểm và nội dung chuyên môn thực hành**

1. Thời gian thực hành: Ông/bà ………………. có văn bằng chuyên môn ……7……được thực hành từ ngày …….. tháng …. năm …. đến ngày ….. tháng. ….năm ……......................

2. Địa điểm thực hành: …………………………8……………………………........................

3. Nội dung chuyên môn thực hành: …………………………9………………………….....

**Điều 2. Quyền và nghĩa vụ của Bên A**

1. Bên A có quyền:

a) Bố trí người hướng dẫn thực hành để hướng dẫn người thực hành thực hành theo đúng các điều khoản ghi trong Hợp đồng.

b) Chấm dứt Hợp đồng thực hành hoặc các biện pháp xử lý khác nếu người thực hành vi phạm các thỏa thuận ghi trong Hợp đồng.

c) Thu phí thực hành theo thỏa thuận với Bên B.

d) Các quyền khác (nếu có)

2. Bên A có nghĩa vụ:

a) Bảo đảm các điều kiện thuận lợi để người thực hành được thực hành theo đúng các thỏa thuận ghi trong Hợp đồng.

b) Bảo đảm quyền lợi của người thực hành theo quy định của pháp luật (nếu có).

c) Xác nhận quá trình thực hành theo đúng mẫu quy định tại Mẫu 07 Phụ lục I ban hành kèm theo Nghị định số ............./2023/NĐ-CP ngày … tháng ... năm 2023 của Chính phủ.

d) Các nghĩa vụ khác (nếu có).

**Điều 3. Quyền và nghĩa vụ của Bên B**

1. Bên B có quyền:

a) Được thực hành khám bệnh, chữa bệnh dưới sự giám sát của người hướng dẫn thực hành.

b) Được cung cấp các phương tiện, thiết bị bảo hộ trong quá trình thực hành: …………… 10…………………………….......................................................................................................

c) Được hưởng các quyền lợi theo quy định của pháp luật (nếu có).

d) Được cấp giấy xác nhận quá trình thực hành.

đ) Các quyền khác (nếu có).

2. Bên B có nghĩa vụ:

a) Chấp hành nội quy, quy chế chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

b) Hoàn thành những nhiệm vụ đã cam kết trong hợp đồng thực hành.

c) Nộp kinh phí thực hành đầy đủ theo thỏa thuận với Bên A.

d) Các nghĩa vụ khác (nếu có).

**Điều 4. Điều khoản thi hành**

1. Hợp đồng này có hiệu lực kể từ ngày ký và sẽ hết hiệu lực khi kết thúc thời gian thực hành và các bên đã hoàn thành các nghĩa vụ của Hợp đồng.

2. Hai bên cam kết thực hiện đúng những điều khoản nêu trên, bên nào vi phạm bên đó phải chịu trách nhiệm trước pháp luật. Trong quá trình thực hiện Hợp đồng, nếu xảy ra tranh chấp thì hai bên cùng nhau thương lượng giải quyết, nếu không thống nhất thì đưa ra Tòa án để giải quyết.

3. Hợp đồng này làm thành hai bản có giá trị pháp lý như nhau, mỗi bên giữ một bản.

|  |  |
| --- | --- |
| **BÊN A** *(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* | **BÊN B** *(Ký, ghi rõ họ tên)* |

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

1 Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2 Tên cơ sở thực hành.

3 Chữ viết tắt tên của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

4 Địa danh.

5 Ghi rõ theo văn bằng đào tạo.

6 Ghi một trong các thông tin về số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu còn hạn sử dụng.

7 Ghi rõ theo văn bằng đào tạo.

8 Ghi rõ tên bộ phận chuyên môn nơi thực hành.

9 Ghi cụ thể nhiệm vụ chuyên môn của người đề nghị thực hành.

10 Ghi cụ thể các phương tiện, trang thiết bị bảo hộ trang bị cho người thực hành.