

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ К ЧЕТЫРЕХСТОРОННЕМУ
ДОГОВОРУ О ЦЕЛЕВОЙ ПОДГОТОВКЕ И ТРУДОУСТРОЙСТВЕ
СПЕЦИАЛИСТА № _____**

от «___» _____ 20____ г.

Министерство здравоохранения Республики Татарстан в лице Министра здравоохранения М.Н. Садыкова, действующего на основании Положения, именуемое в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны, медицинская организация _____, в лице главного врача _____, действующего на основании устава, именуемое в дальнейшем «Организация 1», с другой стороны, ГАПОУ «Чистопольское медицинское училище» в лице директора Лазаревой Н. С., действующей на основании Устава, именуемого в дальнейшем «Образовательное учреждение», с третьей стороны, студентом, именуемым в дальнейшем «Студент» или его законный представитель, _____, с четвертой стороны, медицинская организация _____, в лице главного врача _____, действующего на основании устава, именуемая в дальнейшем «Организация 2», с пятой стороны, вместе именуемые «Стороны», полномочия которых на заключение данного соглашения прилагаются к экземплярам его для сторон, заключили настоящее соглашение о нижеследующем:

1. «Организация 1» переводит, а «Организация 2» с согласия «Заказчика», «Образовательного учреждения» и «Студента» или его законного представителя принимает на себя права и обязанности по четырехстороннему договору о целевой подготовке специалиста № _____ от «___» _____ 20____ г.

2. С момента подписания настоящего Соглашения к «Организации 2» переходят все права и обязанности «Организации 1» по четырехстороннему договору о целевой подготовке специалиста № _____ от «___» _____ 20____ г.

3. Настоящее Соглашение вступает в силу со дня подписания его Сторонами, с которого и становится обязательным для Сторон, заключивших его. Условия настоящего Соглашения применяются к отношениям Сторон, возникшим только после заключения настоящего соглашения.

4. Настоящее соглашение подписано в пяти экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

Заказчик

Министерство здравоохранения
Республики Татарстан

Министр здравоохранения
Садыков М.Н.

_____ подпись
"___" _____ 20__ г.

Образовательное учреждение

ГАПОУ «Чистопольское медицинское
училище»

Юридический адрес: 422980, г.Чистополь,
улица Нариманова, 46 в.

Тел., факс, e-mail
(факс) (8-84342) 5-06-38, 5-27-33, 5-06-00
Chist.Meduch@tatar.ru

Директор
Лазарева Н.С.

_____ подпись
"___" _____ 20__ г.

Организация 1

(полное наименование)

Юридический адрес: _____

Тел., факс, e-mail _____

Должность _____

Ф.И.О _____

Подпись _____

"__" _____ 20__ г.

Студент

ФИО

паспорт: серия ____ № _____

выданный _____

(паспортные данные, место прописки)

(адрес проживания, контактный телефон)

подпись _____

Организация 2

(полное наименование)

Юридический адрес: _____

Тел., факс, e-mail _____

Должность _____

Ф.И.О _____

подпись

"__" _____ 20__ г.

