|  |  |
| --- | --- |
| Šilalės švietimo pagalbos tarnybos **kvalifikacijos tobulinimo renginių (išskyrus** mokyklų vadovų, jų pavaduotojų ugdymui, ugdymą organizuojančių skyrių vedėjų, mokytojų, pagalbos mokiniui specialistų) profesinių kompetencijų tobulinimo organizavimo, programų rengimo, akreditavimo ir vykdymo tvarkos aprašo8 priedas |  |

**ATLYGINTINŲ MOKYMO PASLAUGŲ TEIKIMO SUTARTIS Nr. \_\_\_\_**

20.... m. ..........mėn. ........ d.

Šilalė

 Šilalės švietimo pagalbos tarnyba, įstaigos kodas 195450190, atstovaujamas direktoriaus (*vardas, pavardė)* (toliau - Paslaugos Gavėjas) ir

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

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

 įstaigos pavadinimas ar fizinis asmuo *(vardas, pavardė)*, įstaigos kodas ar fizinio asmens kodas, (jei fizinis asmuo - nurodo Nuolatinio Lietuvos gyventojo individualios veiklos vykdymo pažymos Nr.)

(toliau - Paslaugos Teikėjas), kartu vadinami Šalimis, sudarė šią Atlygintinų mokymo paslaugų teikimo sutartį (toliau – Sutartis)

**I SKYRIUS**

**SUTARTIES OBJEKTAS**

1. Šia Sutartimi Paslaugos Teikėjas įsipareigoja vykdyti švietimo ir mokymo paslaugą – parengti kvalifikacijos tobulinimo programą (pavadinimas) ir šia tema vesti (akad. val. skaičius) (nurodoma kvalifikacijos tobulinimo forma). Renginio (nurodoma data, laikas, vieta, dalyviai).

**II SKYRIUS**

**ŠALIŲ ĮSIPAREIGOJIMAI IR ATSAKOMYBĖ**

2. Paslaugos Gavėjas įsipareigoja:

2.1. suteikti kvalifikacijos tobulinimo renginiui tinkamas patalpas, reikalingą techninę įrangą.

3. Paslaugos Teikėjas įsipareigoja:

3. 1. suteikti kokybišką Paslaugą;

3.2. bendradarbiauti ir informuoti Paslaugos Gavėją apie Paslaugos rengimo eigą.

**III SKYRIUS**

**SUTARTIES KAINA IR ATSISKAITYMO TVARKA**

 4. Paslaugos kaina - ........... Eur (suma žodžiais) su PVM.

 5. Paslaugos Gavėjas už suteiktas paslaugas atsiskaito su Paslaugų Teikėju pagal pateiktą PVM sąskaitą faktūrą per 30 (trisdešimt) kalendorinių dienų nuo PVM sąskaitos faktūros gavimo.

 6. Mokėjimai atliekami pavedimu į Paslaugos Teikėjo Sutarties rekvizituose nurodytą banko sąskaitą.

**IV SKYRIUS**

**KITOS SUTARTIES SĄLYGOS**

8. Sutartis įsigalioja pasirašymo dieną ir galioja iki visiško Šalių įsipareigojimų įvykdymo.

9. Sutartis sudaryta dviem egzemplioriais turinčiais vienodą juridinę galią, kiekvienai Šaliai po vieną egzempliorių.

10. Sutartis gali būti nutraukta Šalims susitarus. Sutarties nutraukimas įforminamas raštiškai pasirašant abiem Šalims.

**SUTARTIES ŠALIŲ REKVIZITAI IR PARAŠAI**

|  |  |
| --- | --- |
| **PASLAUGOS GAVĖJAS** | **PASLAUGOS TEIKĖJAS** |
| Šilalės švietimo pagalbos tarnybaĮstaigos kodas 195450190 Nepriklausomybės g. 1, Šilalė A.s. LT194010044500050036Bankas: Luminor Tel.: (8-449) 70088El. paštas: info@silsviet.lt  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Pareigos, vardas, pavardė, parašas)*A.V. | Įstaigos pavadinimas ar fizinis asmuo (vardas pavardė)Įstaigos kodas ar fizinio asmens kodas Adresas ....................................................A.s. LT.....................................................Banko pavadinimas.................................Tel. ..........................................................El. paštas .................................................\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Pareigos, vardas, pavardė, parašas)*A.V. |

Atsakinga už sutarties sudarymą ir vykdymą ..............................................................................

(pareigos, parašas, vardas, pavardė)