

---

miestas (data)

---

(paramos teikėjas pavadinimas, kodas),

---

(atstovo vardas ir pavardė, atstovavimo pagrindas) toliau vadinamos Paramos teikėju ir VšĮ „Vaiko raidos klinika“, įmonės kodas 300043549, atstovaujama direktorės Dovilės Čepulinskaitės, pagal direktorės darbo sutartį, toliau vadinama Paramos gavėjas, sudaro šią sutartį:

1. Šios sutarties tikslas yra Paramos teikėjas savanoriškas ir neatlygintinas finansinės pagalbos teikimas Paramos gavėjo organizuojamoms veikloms finansuoti. Finansinę paramą sudaro \_\_\_\_\_ eurų (suma skaičiais, suma žodžiais) Eur.
2. Paramos gavėjas įsipareigoja Paramos teikėjo suteiktą paramą naudoti Labdaros ir paramos įstatymo, Visuomeninių organizacijų įstatymo, Paramos gavėjo įstatus atitinkantiems tikslams įgyvendinti.
3. Paramos teikėjas įsipareigoja 1 sutarties punkte įvardytą paramos sumą pervesti Paramos gavėjui į Paramos gavėjo sąskaitą banke per 10 kalendorinių dienų nuo šios sutarties pasirašymo datos.
4. Sutartis gali būti nutraukta:
  - 4.1. sutartį pasirašiusių šalių susitarimu;
  - 4.2. paramos teikėjo sprendimu. Tokiu atveju Paramos teikėjas įsipareigoja padengti tas Paramos gavėjo išlaidas, kurias jam teko patirti dėl įsipareigojimų pagal šią sutartį įgyvendinimo ir darbų, atliekamų pagal šią sutartį, atlikimo;
  - 4.3. paramos gavėjui reikšmingai pažeidus šią sutartį. Tokiu atveju Paramos teikėjas Paramos gavėjui pateikia raštišką pretenziją, ir Paramos gavėjas per 7 darbo dienas privalo ją išnagrinėti.
5. Sutartis sudaryta tiek egzempliorių, kiek yra sutarties šalių, po vieną kiekvienam Paramos teikėjui ir Paramos gavėjui.
6. Ginčai dėl šios sutarties sprendžiami šalių susitarimu, o susitarti nepavykus - Lietuvos Respublikos įstatymų nustatyta tvarka.
7. Sutartis įsigalioja ir sukuria prievoles ją pasirašiusiems subjektams nuo tos dienos, kai ją pasirašo Paramos gavėjas ir Paramos teikėjas bei Paramos teikėjas pradeda vykdyti savo įsipareigojimus pagal šią sutartį.

8. Šalių adresai:

**Paramos teikėjas:**

\_\_\_\_\_  
(pavadinimas, kodas)

\_\_\_\_\_  
(adresas)

\_\_\_\_\_  
(tel., el. paštas)

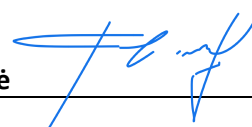
\_\_\_\_\_  
(PVM mokėtojo kodas)

\_\_\_\_\_  
(vadovo vardas, pavardė, parašas)

**Paramos gavėjas:**

**VšĮ „Vaiko raidos klinika“**  
**Juridinio asmens kodas: 300043549**  
**Adresas: Pušų g. 2, 08120 Vilnius**  
**El.p.: [info@vaikoraidosklinika.lt](mailto:info@vaikoraidosklinika.lt)**  
**Mob.: +370 60031772**  
**A.s. LT257044090102449252**  
**SEB bankas, banko kodas 70440**

**Dovilė Čepulinskaitė**



*Taip, mes galim ...*