

合同编号：

安徽省养老机构服务合同

(示范文本)

安徽省民政厅

安徽省市场监督管理局

使用说明

1. 本合同文本为示范文本，供本省养老机构与入住老年人及相关第三方之间签订养老服务合同使用。**特困供养老年人委托照料不适用本合同。**

2. 本合同所称养老机构是指依法办理登记并备案，为老年人提供全日集中住宿和照料护理服务，床位数在 10 张（含）以上的机构。**提供短期集中住宿和照料护理服务的养老服务机构可参照适用本合同。**

3. 养老机构应当就合同内容对入住老年人及相关第三方尽到提示义务。入住老年人及相关第三方应当审慎签订合同，注意查看养老机构的经营资质、收费情况、服务质量。在签订合同前仔细阅读本合同条款，特别是其中具有选择性、补充性、修改性的内容，注意防范潜在风险。

4. 本合同文本“□”中选择内容、空格部位或划线处填写内容及其他需要删除或添加的内容，双方当事人应当协商确定。“□”中选择内容，以划√方式选定；对于实际情况未发生或双方当事人不作约定时，应当在空格部位打×或划线处写“无”，以示删除。

5. 各方当事人可参照本示范文本签订服务合同，也可在有关法律法规规定范围内，针对合同中未约定或约定不明确的内容，根据养老服务内容的具体情况在相关条款后的空白处中进行补充约定或另行签订补充协议，补充协议内容不得与主合同条款冲突，且补充的内容不得减轻或者免除应当由养老机构承担的责任。

6. 当事人可以根据实际情况决定本合同原件的份数，并在签订合同时认真核对，以确保各份合同内容一致；在任何情况下，各方当事人都有权持有至少一份合同原件。

7. 本合同约定了各方的民事权利义务关系，产生纠纷时，可依据《中华人民共和国民法典》和本合同的约定协商解决，也可以通过诉讼或仲裁解决。

8. 本合同示范文本，由安徽省民政厅、安徽省市场监督管理局共同制定。

甲方（养老机构）：

机构名称：_____

举办的法人名称：_____

统一社会信用代码：_____ 机构备案号：_____

地址：_____ 邮编：_____

机构电话：_____ 机构邮箱：_____

法定代表人：_____ 联系电话：_____

乙方（入住老年人）：

姓名：_____ 性别：_____ 出生年月：_____

证件类型：☐居民身份证 ☐居民户口簿 ☐护照 ☐港澳居民来往内地通行证

☐台湾居民来往大陆通行证 ☐其他（请填写）_____

证件号码：_____

户籍所在地：_____

家庭住址：_____

手机号码：_____ 电子邮箱：_____

丙方（相关第三方，共同承担付款义务，限1人）：

姓名：_____ 性别：_____ 出生年月：_____

与乙方关系：（分别填写身份关系和责任关系，可多选）

☐监护人 ☐家属 ☐其他（请填写）_____

☐委托代理人 ☐负有连带责任的担保人 ☐其他（请填写）_____

联系方式1：_____ 联系方式2：_____

证件类型：☐居民身份证 ☐居民户口簿 ☐护照 ☐港澳居民来往内地通行证

☐台湾居民来往大陆通行证 ☐其他（请填写）_____

证件号码：_____

住所（址）：_____

户籍所在地：_____

工作单位：_____

通信地址：_____

（若乙方属于限制民事行为能力或者无民事行为能力的老年人，须由监护人签字确认。）

根据《中华人民共和国民法典》《中华人民共和国老年人权益保障法》《养老机构管理办法》《安徽省养老服务条例》等法律法规规定，甲方、乙方、丙方本着平等、自愿、诚实守信的原则，经过友好协商，就甲方向乙方提供养老服务事宜达成一致，签订本合同。

第一条 服务地点及服务设施

1.1 甲方为乙方提供养老服务的地点为：_____（具体到门牌号）。

1.2 乙方选择入住的房间类型为：☐单间 ☐双人间 ☐三人间 ☐多人间（四人及以上，含四人）☐其他_____（例如：包房等）。

1.3 乙方选择的房间，具体楼层为：_____, 房间号为：_____, 床位号为：_____。

1.4 乙方、丙方基于正当理由要求调整房间的，甲方在条件许可的范围内应尽量满足；甲方基于照料护理等级的改变而需要调整房间的，应事先经乙方、丙方同意。因乙方特殊情况下确需调整房间且无法联系丙方的，甲方应在调整后及时告知丙方。若因房间变化，需要相应调整费用的，应经各方协商一致并书面确认。如各方不能达成一致，则仍按本合同约定的房间履行或终止合同。

1.5 甲方提供的服务设施设备除了住宿的房屋外，还包括房间内设施设备和公共设施设备。

第二条 服务内容与质量标准

2.1 甲方根据《老年人能力评估规范》国家标准（GB/T42195-2022）、《入住登记表》《体检报告》及对乙方的能力综合评估结果，经甲方与乙方、丙方商定，确定甲方向乙方提供照料护理等级和服务项目，签署《首次服务项目确认表》。

2.2 在本合同履行过程中，如乙方身心状况发生变化，需要变更照料护理等级及相关服务项目的，甲方应当及时重新对乙方进行老年人能力综合评估，甲方确定或者变更乙方照料护理等级，应当经乙方、丙方同意并签署《变更事项确认表》。乙方、丙方对重新评估结果有异议的，可与甲方协商进行复评，根据复评结果，仍需调整乙方相应的照料护理等级和服务项目的，乙方、丙方应当签署《变更事项确认表》。

第三条 收费标准及费用的支付

3.1 甲方的收费标准和调整应遵守养老机构服务收费管理的相关规定,若甲方有收取会员费或押金行为的,应遵循《安徽省养老机构预收费管理办法》等相关要求执行。

3.2 甲方的《服务项目及收费标准》和收费依据、基本账户应在养老机构内公共区域显著位置进行公示,并作为本合同附件。

基本账户开户银行: _____

银行账号: _____

3.3 甲方在收到费用后应当给乙方出具符合政府相关部门要求的等额收费凭证或发票。

3.4 养老服务费用

3.4.1 根据乙方入住时所选择的房间、照料护理等级及服务项目收费标准,乙方入住甲方的养老服务总费用为 _____元/月,包括:

(1) 床位费: _____元/月。

(2) 照料护理费: _____元/月。

(3) 餐费: _____元/月。

(4) 押金: _____元。

(5) 其他费用: _____。

3.4.2 费用支付方式:

☐ 按月支付(每月 _____日前支付下一个月的 _____费用);

☐ 预收费(每次 _____个月,一次性收取费用不超过 12 个月);

☐ 其它相关约定: _____

3.4.3 乙方因就医或者其他原因暂时不在甲方入住,但是应乙方、丙方的要求保留房间或者床位的,应当向甲方支付床位费;照料护理费、餐费等其他费用可在 3.4.2 “其他相关约定”中进行商议约定。

3.4.4 因食品、材料、劳动力、房租等市场价格发生重大变化,致使甲方服务成本显著上升(单项价格涨幅达到 10%)的,甲方可要求按照价格涨幅增加相应费用。费用调整前 30 日,甲方书面通知乙方、丙方。

3.4.5 乙方因公共卫生突发事件被采取隔离措施的,如需为其保留床位的,床位费由乙方承担。

3.4.6 在本合同约定的期限届满后,如各方未续订书面合同,但乙方继续入住甲方的,在甲方提供实际服务的期间,乙方应当按照该期间的甲方收费标

准支付费用并承担违约责任。

会员费

1. 甲方收取会员费的,需符合《安徽省养老机构预收费管理办法》规定的收取会员费的必要条件,且应在属地民政部门备案。

2. 甲方收取的单个会员费金额不得超过本机构最高养老服务费月收费标准的 12 倍。收取的会员费总额不得超过本机构固定资产净额(已经设定担保物权的资产价值不计入)。

3. 经甲方、乙方、丙方协商一致,甲方向乙方一次性收取会员费金额为人民币_____元(大写:_____圆整)。

4. 会员费及押金存入以下专用资金存管账户:

开户银行: _____

银行账号: _____

5. 甲方收取的会员费仅限用于弥补本机构设施建设资金不足及主营业务,不得用于非自用不动产、股权、证券、债券、期货等投资及其他借贷用途。

6. 乙方、丙方提出退还会员费要求时,甲方不得以任何理由拒绝,应在提出退款要求后 1 个月内全额退还会员费,除工本费以外不得收取其他任何费用。

3.5 其他事宜

3.5.1 乙方自签署本合同的次日起,有 15 日试入住期。

3.5.2 本合同终止、解除,涉及甲方应当给乙方、丙方退费的,直接退回至_____ (银行账号)。

第四条 合同期限及合同期满的处理

4.1 本合同服务期限为_____年(____月),自_____年____月____日至_____年____月____日。其中,试入住期为 15 日,自_____年____月____日至_____年____月____日。

4.2 试入住期:乙方按本合同约定的收费标准,根据实际入住天数结算费用,不足一天的按一天计算。其他: _____

4.3 甲方、乙方、丙方在本合同期满前 30 日内同意按照本合同的条款续约的,由甲方、乙方、丙方续签合同。

4.4 如果甲方、乙方、丙方未能在合同期满前 30 日内就续约事项达成一致,则乙方应当在合同到期日搬离甲方,办理离院手续并结清所有费用。

4.5 本合同约定的期限届满后,如各方未续订书面合同,且乙方未按期搬离

甲方的，甲方有权通知乙方、丙方要求乙方于_____日内搬离甲方，乙方、丙方办理离院手续并按原费用标准结清合同期满后入住期间所有费用。

4.6 当出现 4.4 款或 4.5 款的情形时，为保障乙方安全，除丙方以外的人接走乙方时，应当征得丙方同意。未经丙方同意，其他任何人均不能将乙方接离甲方。

第五条 甲方的权利义务

5.1 甲方权利

5.1.1 按照本合同约定收取相关费用。

5.1.2 制订、修改、完善养老机构的各项管理制度并公开，并按照管理制度对乙方进行管理。

5.1.3 为了乙方的健康和安全，乙方出现紧急情况时，在通知乙方、丙方的同时，有权采取必要的处置措施，包括但不限于转送医疗机构；无法与丙方取得联系的处置后应及时告知丙方。由此产生的费用由乙方、丙方承担。

5.2 甲方义务

5.2.1 应是依法登记、备案的养老机构，履行养老机构备案承诺，按照建筑、消防、食品安全、医疗卫生、特种设备等法律法规、文件规定和《养老机构服务安全基本规范》《养老机构服务质量基本规范》等标准规范以及本合同的约定，为乙方提供养老服务。

5.2.2 应保证从事医疗、康复、安全等服务人员符合资质要求，保证养老护理人员接受专业技能培训，并定期组织工作人员进行职业道德教育和业务培训，能够满足岗位职责要求。

5.2.3 制订、修改涉及乙方权利义务的各项管理服务制度和各类服务项目收费标准、基本账户，应当在养老机构内的公共区域显著位置进行公示，并按照公示的制度为乙方提供服务。

5.2.4 在提供服务过程中，甲方及其工作人员应尊重乙方，依法维护乙方的人格尊严和保障人身、财产安全，并接受乙方、丙方的合理建议和监督。

5.2.5 应当根据需要为乙方提供情绪疏导、心理咨询、危机干预等精神慰藉服务；应当开展适合老年人的文化、教育、体育、娱乐活动，丰富老年人的精神文化生活。甲方组织开展文化、教育、体育、娱乐活动时，应当为乙方提供必要的安全防护措施。

5.2.6 依据国家基本公共卫生服务项目要求，定期组织基层医疗机构为乙方开展体检并建立个人健康档案。妥善保存乙方的入住登记表、体检报告等健康资

料以及日常经费开支情况等个人信息。应当建立各类信息资料档案的保管、归档和保密制度，除向乙方、丙方和其他有关行政管理部门提供查阅、允许复制外，不得对外透露。

5.2.7 发现乙方为疑似传染病病人或者精神障碍患者时，应依照传染病防治、精神卫生等相关法律法规的规定处理，及时向附近的疾病预防控制机构或者医疗机构报告，配合实施卫生处理、隔离等预防控制措施，并及时通知丙方。乙方需要外出就医的，甲方应及时告知丙方并由丙方携带乙方就诊，丙方确实未能携带乙方就诊的，应通过委托等方式作出妥善安排。

5.2.8 应当为乙方家庭成员或其他社会关系看望或者问候老年人提供便利，为乙方联系家庭成员提供帮助；但不得影响甲方对乙方正常服务运营或执行政府部门规定的公共安全管理要求，否则甲方有权拒绝。

5.2.9 在发生公共卫生事件等特殊情况下，甲方应贯彻执行政府部门的防控政策规定，积极落实防控措施，并向乙方、丙方做好解释工作。

5.2.10 甲方暂停、终止服务的，应当在暂停或终止服务 60 日前，书面通知乙方、丙方，并向社会公告；将入住老年人的安置方案书面告知甲方所在地县级民政部门。在暂停、终止服务或解散清算前，甲方应当依法妥善安置乙方。如乙方、丙方有意与其他养老机构签订服务协议，甲方应当积极为乙方联系；如乙方、丙方需解除或终止服务协议的，甲方应当退还乙方、丙方剩余未消费或合同约定的有关费用。

5.2.11 当乙方出现紧急情况时，应及时联系丙方或紧急联系人，并积极采取必要的紧急处理措施。

5.2.12 乙方入住养老机构、终止合同、离院和去世，甲方应及时在金民工程信息系统等填报有关信息。

5.2.13 甲方应妥善处理与乙方、丙方之间的纠纷，对不能及时处理的，应及时向相关管理部门报告，积极配合相关管理部门解决纠纷。

第六条 乙方的权利义务

6.1 乙方的权利

6.1.1 享有隐私权及人格尊严和人身、财产安全不受侵害的权利。

6.1.2 有权按照约定的服务项目获得甲方提供的符合服务标准的养老服务，对甲方的服务有批评建议的权利。

6.1.3 对自身的健康状况、缴费明细、入院记录等有知情权，有权查阅甲方

为其建立的个人档案。

6.1.4 有权了解提供服务的人员是否经过专业培训,是否具备相应资质,有权要求甲方更换未经专业培训或不具备相应资质或提供服务不合格的人员。

6.1.5 在突发疾病或意外的情况下,有权获得及时、必要的医疗帮助。

6.2 乙方的义务

6.2.1 应当按照约定自行或与丙方共同支付相关费用。

6.2.2 入住前,应当按照《体检报告项目说明》提供相关的体检报告,如实告知甲方本人的健康状况、药品使用情况及过往病史等信息,如实填写《入住登记表》。

6.2.3 应当配合甲方做好持续综合能力评估及确认照护等级;入住期间,及时如实向甲方报告身体、心理等方面出现的状况变化,配合甲方定期参加体检。

6.2.4 应当服从甲方管理,遵守甲方的规章制度,维护养老机构正常服务秩序。

6.2.5 应当与其他入住人员和谐相处。

6.2.6 在接受甲方提供的养老服务期间,因疾病进行诊疗时,应在治疗期间遵守医嘱,配合治疗。如外出就医需在医院观察治疗的,应当及时告知甲方。

6.2.7 具备独自外出能力的,外出应当做好请假、销假登记,在外留宿的应当及时告知甲方。不具备独自外出能力,需限制外出服务管理的,因特殊情况确需外出必须由丙方指定或委托人员陪同,且每次外出须由乙方、丙方提前告知甲方,并做好登记。

6.2.8 爱护甲方提供的各项服务设施,入住期间损坏甲方设施设备的,乙方、丙方应当予以赔偿。损坏有关服务设施的赔偿价格可与甲方协商约定。

6.2.9 应妥善保管自带物品,除委托甲方代为保管的,甲方不承担损坏或丢失责任。

6.2.10 对于甲方提供的其他符合合同约定、法律规定的养老服务,乙方应予以配合。

第七条 丙方的权利义务

7.1 丙方的权利

7.1.1 对乙方有探视权,但不得影响甲方对乙方的正常服务管理和执行政府规定的公共安全管理要求。

7.1.2 对乙方的健康状况、享受服务情况、费用支出、入院记录等有知情权,有权查阅甲方为乙方建立的个人档案。

7.1.3 有权了解提供服务的人员是否经过专业培训,是否具备相应资质,有权要求甲方更换未经专业培训或不具备相应资质或提供服务不合格的人员;有权对甲方的服务提出批评建议。

7.1.4 遇紧急情况,包括但不限于乙方走失、身体健康状况出现紧急情况时,有权及时从甲方得到相关信息。

7.2 丙方的义务

7.2.1 按时足额向甲方支付乙方未支付的相关费用。

7.2.2 乙方入住前,丙方要如实向甲方反映乙方的情况,如家庭成员、脾气秉性、既往病史、健康状况和药品使用情况等,协助乙方如实填写《入住登记表》。

7.2.3 劝导乙方入住后自觉遵守养老机构的规章制度,接受服务管理,爱护甲方提供的各项服务设施,乙方违反本合同约定或甲方制定的规章制度,造成甲方损失的,乙方需承担赔偿责任,丙方应当承担乙方未承担的有关赔偿责任。

7.2.4 劝导乙方与其他入住人员和谐相处,并经常与乙方沟通,保持联络,满足乙方的精神需求,及时将乙方的身体、心理等方面出现的状况变化如实向甲方报告。

7.2.5 劝导乙方在接收甲方提供的养老服务期间,因疾病进行诊疗时,应在治疗期间遵守医嘱,配合治疗。乙方需外出就医的,丙方应当及时携乙方到医院就诊,并向甲方如实告知乙方的就医情况。

7.2.6 丙方的家庭及单位地址、联系方式变更时,应及时告知甲方。

7.2.7 及时协助甲方处理乙方出现的紧急情况。当甲方按照合同约定处理时,丙方应当及时足额支付由此产生的费用。

7.2.8 乙方在养老机构去世的,丙方应及时进行善后处理并承担由此产生的费用。

第八条 合同的变更、解除和终止

8.1 合同的变更

在本合同履行过程中,根据乙方健康状况的变化,甲方可以提出变更服务方案或对合同相关内容进行变更,并以书面形式通知乙方、丙方,经甲、乙、丙三方协商一致,可以变更合同或签订补充协议。

8.2 合同的解除

8.2.1 出现下列情形之一的,乙方、丙方有权解除本合同:

(1) 甲方提供的服务不符合合同约定,经乙方、丙方书面提出后 15 日内不

改正的。

(2) 因甲方或甲方工作人员的故意或者重大过失造成乙方人身或重大财产损害的。

(3) 乙方在试入住期内不适应居住环境或管理方式的。

(4) 乙方在试入住期内要求解除合同的。

(5) 本合同履行过程中，乙方、丙方提前 30 日书面通知甲方解除合同并结清服务费用的。

(6) 乙方因疾病离开甲方的，但乙方、丙方要求保留房间或者床位的除外。

8.2.2 出现下列情形之一的，甲方有权解除本合同：

(1) 乙方无故拖欠各项费用超过 15 日，经甲方催告后 7 日内仍不支付的。

(2) 乙方请假外出，限期内未归超过 15 日，且乙方、丙方未要求保留房间或者床位的。

(3) 乙方严重违反甲方的规章制度、拒不配合甲方管理造成甲方难以履行对乙方的养老服务，或者影响甲方其他入住人员的正常生活、造成其他入住老年人伤害或现实性伤害危险的，导致甲方的运营秩序无法正常维持的。

(4) 乙方出现精神障碍、患有必须隔离治疗的疾病或者具有暴力倾向等人身危险的。

8.2.3 出现下列情形之一的，甲方、乙方、丙方均有权解除本合同：

(1) 因食品、材料、劳动力、房租等与甲方日常管理服务直接相关的市场价格发生重大变化，调整相应费用时，乙方、丙方对收费标准有异议的，要求按原收费标准继续履行合同的，或拒绝根据调整后的收费标准支付相应费用的。

(2) 乙方、丙方对老年人能力评估结果如有异议，可向有资质的第三方机构申请复评，根据复评结果，仍需要调整乙方相应的照料护理等级、服务内容和费用，但乙方、丙方拒绝签署《变更事项确认表》的，或者乙方、丙方对评估结果有异议，但又不与甲方协商进行复评的。

(3) 如果根据乙方健康状况的变化，不调整服务项目将导致乙方的健康安全无法保障的，在甲方提出变更的服务方案后，乙方、丙方拒绝变更服务方案的。

8.3 合同的终止

乙方在入住甲方期间去世，合同自动终止。

第九条 重大事项的特别约定

9.1 乙方外出管理

甲方不对乙方是否具备独自外出能力进行判断，亦不对此承担责任，由乙方、丙方在《入住登记表》中“外出管理”栏确认是否需要实行限制外出服务管理。外出期间发生事故（包括但不限于摔伤、走失、财物丢失）、突发疾病、遭受人身损害、死亡或者造成他人损害的，因此造成的后果由乙方、丙方承担，甲方不承担责任。

9.2 乙方突发重大情况，甲方与丙方的责任承担

在乙方入住甲方期间，乙方因自身原因出现突发危重疾病、身体伤害等紧急情况，或精神状况恶化、去世等重大情况时，如甲方在所提供服务 and 自身能力的范围内，采取必要措施，及时联系 120 等医疗急救机构，并及时联系丙方，但甲方无法联系到丙方的，应及时与紧急联系人取得联系，通报情况。

因乙方发生紧急情况产生的急救费用、治疗费用、住院押金等均由乙方、丙方负担。甲方因此垫付费用的，乙方或丙方应及时清偿。甲方在按照本合同的约定履行相应义务后，不承担责任。

9.3 乙方去世善后事宜及相关费用

乙方在入住甲方期间去世的，甲方应当及时通知丙方负责善后事宜。甲方如与丙方无法取得联系的，应当及时通知紧急联系人，经医疗机构认定死亡的，应及时联系殡仪馆妥善保存乙方遗体，因此发生的费用由丙方承担。

9.4 由乙方、丙方指定_____为紧急联系人，
紧急联系人电话为：_____。
联系地址为：_____。

紧急联系人信息发生变更时，乙方、丙方应当及时通知甲方。因乙方、丙方提供的紧急联系人的联系地址、方式不准确或不详细或变更后未及时通知甲方，或其他客观原因致使甲方无法与丙方和紧急联系人及时联系的，连续达 30 日则视为联系中断。甲方与乙方、丙方协商后，可以重新确定紧急联系人。

在乙方发生突发疾病（含危重疾病）、身体伤害等紧急情况，而甲方无法联系丙方时，紧急联系人应当配合甲方联系丙方。紧急联系人不配合的，由乙方、丙方承担责任。

9.5 其他情形下责任的承担

9.5.1 在乙方入住甲方期间，甲方应当告知乙方不能食用与其身体状况不适宜的食品、药品，乙方因食用他人带入的食品或药品等原因造成损害的，甲方应当及时通知丙方，并由乙方、丙方自行承担责任。

9.5.2 在乙方属于完全民事行为能力人时，因乙方原因造成其自身或者他

人损害的，由乙方承担相应责任，丙方承担连带责任；在乙方属于限制民事行为能力人或无民事行为能力人时，因乙方原因造成其自身或者他人损害的，应由丙方承担相应责任。甲方未充分履行安全保障义务的，需依法承担相应责任。

9.5.3 甲方在询问乙方健康状况、用药情况及过往病史时，乙方、丙方应当如实告知，若因未如实告知造成甲方在提供服务过程中导致乙方发生人身损害的，由乙方、丙方承担相应责任。

9.5.4 乙方需外出就医，丙方拒绝及时携乙方就诊的，由此造成的一切后果由丙方承担；丙方拒绝及时携乙方就诊的，为了乙方的健康和安全，甲方可委托第三方（含个人）陪同送医，就诊结果由乙方、丙方承担责任并支付就医费用。甲方充分履行安全保障义务的，无需承担其他责任。

9.6 本条约定的上述各款内容，甲方应当提示乙方、丙方重点注意，按照乙方或丙方的要求，逐条向乙方、丙方讲解。甲方与乙方、丙方可另行签署有关风险告知书。

第十条 违约责任

10.1 因甲方及其工作人员的过错，造成乙方受到损失的，甲方应当赔偿损失。

10.2 甲方提供的服务不符合本合同约定的标准，乙方、丙方有权要求甲方改正，造成乙方人身或财产损失的，甲方应当赔偿相应损失。

10.3 甲方或其工作人员侵犯乙方、丙方知情权的，乙方、丙方有权要求甲方改正，造成乙方经济损失的，甲方应当赔偿损失。

10.4 因乙方原因造成甲方或第三人损害的，乙方、丙方应当承担赔偿责任。

10.5 乙方逾期支付入住费用，每逾期一日按应补足金额的_____%向甲方支付违约金（违约金总额不超过应补足金额的 30%）。

10.6 本合同期满终止或解除后，乙方既未搬离甲方又不支付服务费用的，应当自合同期满终止或解除后的次日起，在支付原有标准正常计费的基础上，按照养老服务费用每日金额的_____%向甲方支付违约金。造成甲方其他经济损失的，乙方、丙方还应当赔偿损失。

第十一条 不可抗力

11.1 甲、乙、丙三方中的任何一方因遭受不可抗力导致未能履行其在本合同下的全部或部分义务的，不承担违约责任。遭受不可抗力的一方应及时将发生

不可抗力情形通知对方，并在 15 个工作日内将不可抗力发生的有效证明提供给对方。

11.2 不可抗力指在签订合同时不可预见，在合同履行过程中不可避免且不能克服的自然灾害和社会性突发事件，包括但不限于公共卫生事件、地震、海啸、骚乱、戒严、暴动、战争、政府行为等其他情形。

11.3 因不可抗力导致本合同无法履行的，遭受不可抗力的一方应在不可抗力发生后及时通知合同其他当事人，本合同可依法解除，各方互不承担违约责任。甲方、乙方、丙方应积极协调，妥善安置乙方。

第十二条 纠纷的解决方式

12. 因本合同的履行而发生争议或纠纷，当事人各方可友好协商解决。协商不成的，当事人可以选择下列第_____种方式处理：

(1) 依法向_____人民法院起诉。

(2) 提交_____仲裁委员会仲裁。

第十三条 通知与送达

13.1 本合同所载明的甲方、乙方、丙方的通信地址和联系电话为各方各自有效的通讯地址和联系方式，一方要求变更的，应于变更之日书面告知对方。

13.2 一方给对方发出的通知，按照下列情形确定通知送达对方的时间：

13.2.1 采用邮寄、特快专递送达的，回执上注明的收件日期为送达日。

13.2.2 采用手机短信、微信等即时通信方式发送通知的，通知发送到收件方的手机时即为送达。

13.2.3 采用电子邮件发送通知的，通知进入收件方邮箱时即为送达。

13.2.4 采用传真发送通知的，收件方的传真机接收通知时即为送达。

13.3 因收件方的通信地址、手机号码、传真、微信号、电子邮箱等信息错误、不详或发生变更未及时通知对方造成通知无法送达的，由收件方自行承担由此引起的一切后果和责任。

第十四条 合同生效及附件

14.1 本合同一式_____份，甲方、乙方、丙方各执一份，具有同等法律效力。本合同自甲方签字盖章和乙方、丙方签字之日起生效。

14.2 本合同的附件如下：

☐附件 1：甲方登记证书及民政部门备案回执；乙方、丙方身份证件、户口本复印件

☐附件 2：《入住登记表》

☐附件 3：《体检报告项目说明》

☐附件 4：《老年人能力综合评估结果》

☐附件 5：《设施设备清单》

☐附件 6：《首次服务项目确认表》

☐附件 7：《变更事项确认表》

☐附件 8：《服务项目及收费标准》

☐其他附件：_____

14.3 本合同附件系本合同组成部分，与本合同具有同等法律效力。

甲方（盖章）：

法定代表人或授权代表（签名并按指印）：

日期：

乙方（签名并按指印）：

日期：

丙方（签名并按指印或盖章）：

日期：

签订地点：_____

附件 1

甲方登记证书及民政部门备案回执； 乙方、丙方身份证件、户口本复印件

1. 甲方登记证书及民政部门备案回执
2. 乙方：有效身份证件复印件（正反面复印）及户口本复印件（户主页和本人页）
3. 丙方：（系自然人的）有效身份证件复印件（正反面复印）及户口本复印件（户主页和本人页）；（系单位的）的有效法人证书复印件、法定代表人/负责人及联系人的身份证件复印件（身份证件需正反面复印）

附件 2

入住登记表

(参考样表)

入住编号: _____ 填写日期: 年 月 日

姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄		照片
国籍		出生日期				
籍贯			户籍地			
民族	<input type="checkbox"/> 汉族 <input type="checkbox"/> 其他: _____		政治面貌			
婚姻状况	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 未说明婚姻情况					
证件类型		证件号码				
文化程度	<input type="checkbox"/> 文盲半文盲 <input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 高中/技校/中专 <input type="checkbox"/> 大学专科及以上 <input type="checkbox"/> 不详					
宗教信仰			居住地址			
原单位			原职业			
医保定点医院				社保卡号		
医疗费用支付方式	<input type="checkbox"/> 城镇职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 城镇居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 全公费 <input type="checkbox"/> 新型农村合作医疗 <input type="checkbox"/> 商业医疗保险 <input type="checkbox"/> 全自费 <input type="checkbox"/> 其他					
经济来源	<input type="checkbox"/> 退休金/养老金 <input type="checkbox"/> 子女补贴 <input type="checkbox"/> 亲友资助 <input type="checkbox"/> 其他补贴: _____					
入住前住处	<input type="checkbox"/> 家 (<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他: _____) <input type="checkbox"/> 医院 <input type="checkbox"/> 其他养老机构 (名称: _____) 入住时间: _____年____月____日至____年____月____日 离开原因: _____					
健康状况	既往史	疾病名称: _____ 确诊时间: _____				
		疾病名称: _____ 确诊时间: _____				
		手术名称: _____ 手术时间: _____				
		手术名称: _____ 手术时间: _____				
<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: 外伤部位: _____ 发生时间: _____ 外伤部位: _____ 发生时间: _____						

	现患疾病	疾病名称: _____ 确诊时间: _____ 目前状况: _____ 疾病名称: _____ 确诊时间: _____ 目前状况: _____ 疾病名称: _____ 确诊时间: _____ 目前状况: _____																																																					
	就医情况	固定时间就诊: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 (原因: _____, 频率____次/____月)																																																					
		近一年内住院情况: <input type="checkbox"/> 未住院 <input type="checkbox"/> 住过院 (住院次数: ____次) 入/出院时间: _____至_____ 医院名称: _____ 原因: _____ 入/出院时间: _____至_____ 医院名称: _____ 原因: _____																																																					
		近一年内急诊情况: <input type="checkbox"/> 未去过 <input type="checkbox"/> 去过急诊 (去急诊次数: ____次) 就诊时间: _____ 原因: _____ 医院名称: _____																																																					
	用药情况	<table border="1"> <thead> <tr> <th>药品名称</th><th>剂量</th><th>频次</th><th>时间</th><th>用法</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>					药品名称	剂量	频次	时间	用法																																												
药品名称	剂量	频次	时间	用法																																																			
不适症状(近一个月内情况)	<input type="checkbox"/> 无症状 <input type="checkbox"/> 头痛 <input type="checkbox"/> 头晕 <input type="checkbox"/> 心悸 <input type="checkbox"/> 胸闷 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 慢性咳嗽 <input type="checkbox"/> 咳痰 <input type="checkbox"/> 呼吸困难 <input type="checkbox"/> 多饮 <input type="checkbox"/> 多尿 <input type="checkbox"/> 体重下降 <input type="checkbox"/> 乏力 <input type="checkbox"/> 关节肿痛 <input type="checkbox"/> 手脚麻木 <input type="checkbox"/> 视力模糊 <input type="checkbox"/> 眼花 <input type="checkbox"/> 耳鸣 <input type="checkbox"/> 尿急 <input type="checkbox"/> 尿痛 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 腹泻 <input type="checkbox"/> 恶心呕吐 <input type="checkbox"/> 食欲减退 <input type="checkbox"/> 乳房胀痛 <input type="checkbox"/> 体位性低血压 <input type="checkbox"/> 其他: _____																																																						
过敏史	药物过敏: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: _____ 食物过敏: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: _____ 环境过敏: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: _____																																																						

	老年综合征(近三月内情况)	跌倒： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有：次数、地点_____ 记忆下降： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有：具体表现_____ 体重下降： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有：下降重量（kg）_____ 小便失禁： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有：次数_____ 睡眠障碍： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 睡眠增多 <input type="checkbox"/> 睡眠减少 <input type="checkbox"/> 异常行为 疼痛： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有：疼痛部位_____ 视力异常： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 老视 <input type="checkbox"/> 近视 <input type="checkbox"/> 远视，左眼__度、右眼__度 听力下降： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有：具体表现_____		
	精神状况(近三月内情况)	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 游走 <input type="checkbox"/> 日夜颠倒 <input type="checkbox"/> 语言攻击行为 <input type="checkbox"/> 肢体攻击行为 <input type="checkbox"/> 对物品的攻击行为 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻觉 <input type="checkbox"/> 焦虑/恐惧 <input type="checkbox"/> 自伤/自杀 <input type="checkbox"/> 重复行为 <input type="checkbox"/> 其他状况：_____		
	语言表达	<input type="checkbox"/> 流利 <input type="checkbox"/> 含糊 <input type="checkbox"/> 体语 <input type="checkbox"/> 失语 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
外出管理	<input type="checkbox"/> 不具备独自外出能力，需限制外出服务管理。 <input type="checkbox"/> 具备独自外出能力，不需限制外出服务管理。			
其他特别说明事项：				
本人声明上述各项内容均属实。如有变化，及时通知贵机构。 乙方（签名）：_____ 丙方（签名或盖章）：_____				
注：1. 本表应当如实填写。 2. 在选中的“ <input type="checkbox"/> ”打“√”表示确认，不选的在“ <input type="checkbox"/> ”打“×”				

附件 3

体检报告项目说明

根据合同要求,乙方、丙方应当向甲方提供乙方在本合同签署前 30 日内在本地二级甲等以上级别医院进行体检的《体检报告》。

《体检报告》应包含以下内容:

1. 科室检查

- (1) 一般检查;
- (2) 内科检查;
- (3) 外科检查;
- (4) 视力、色觉检查;
- (5) 耳鼻喉科检查;
- (6) 口腔科检查;
- (7) 骨密度检查;
- (8) 其他: _____

2. 实验室检查

- (1) 血常规检查: 白细胞计数、红细胞计数、血红蛋白、血小板计数等;
- (2) 尿常规检查: 尿比重、尿白细胞、尿蛋白质、尿糖等;
- (3) 肝功检查: 丙氨酸氨基转移酶、天门冬氨酸氨基转移酶、 γ -谷氨酰胺转移酶等;
- (4) 空腹血糖: 空腹血葡萄糖;
- (5) 血脂检查: 甘油三酯、总胆固醇等;
- (6) 感染检查: 乙肝表面抗原、乙肝表面抗体、乙肝 e 抗原、乙肝 e 抗体、乙肝核心抗体、丙型肝炎病毒抗体、人类免疫缺陷病毒 HIV1+2 型抗体、梅毒螺旋体抗体等。

3. 医技检查

- (1) 腹部彩超: 肝、胆、胰、脾、双肾;
- (2) 心电图;
- (3) 胸部正位 X 线。

附件 4

老年人能力综合评估结果

附件 5

设备设施清单

(参考样表)

乙方姓名:		入住时间:		房间号及床号:	
项目	名称	单位	单 价	数 量	备注
房间内 固定设备	空调	台			共用
	电视机	台			共用
	暖气	组			共用
	衣柜	组			
	床头柜	个			
	电视柜	组			共用
	洗漱台	个			共用
	坐便器	个			共用
				
房间内可 移动设备	椅子	个			
	暖壶	个			
	水杯	个			
	垃圾桶	个			
	空调遥控器	个			共用
	电视遥控器	个			共用
				
床及床上 用品	床单	个			
	床垫	个			
	床褥	个			
	被罩	个			
	被芯	个			
	枕套	个			
	枕芯	个			
				
水电表 数值	水表	吨		数值_____	
	电表	度		数值_____	
				

甲方 (盖章):

乙方或丙方 (签名或盖章):

日期: 年 月 日

附件 6

首次服务项目确认表

(参考样表) 时间: 年 月 日

乙方姓名		性别		房间号/床号	
评估日期				照料护理等级	
丙方				紧急联系人姓名	
基础服务					
服务项目	服务内容				备注
咨询服务	<input type="checkbox"/> 入住咨询 <input type="checkbox"/> 法律咨询 <input type="checkbox"/> 心理咨询 <input type="checkbox"/> 医疗咨询 <input type="checkbox"/> 护理咨询 <input type="checkbox"/> 康复咨询 <input type="checkbox"/> 教育咨询 <input type="checkbox"/> 服务咨询 <input type="checkbox"/> 其他咨询: _____				
膳食服务	<input type="checkbox"/> 食谱定制 <input type="checkbox"/> 营养配餐 <input type="checkbox"/> 食品加工与制作 <input type="checkbox"/> 其他膳食服务: _____				
送餐服务	<input type="checkbox"/> 定期订餐 <input type="checkbox"/> 按时送餐 <input type="checkbox"/> 其他送餐服务: _____				
医疗服务	<input type="checkbox"/> 疾病诊治 <input type="checkbox"/> 健康指导 <input type="checkbox"/> 预防保健、体检 <input type="checkbox"/> 药事管理 <input type="checkbox"/> 医疗相关风险管理及告知 <input type="checkbox"/> 转诊转院 <input type="checkbox"/> 其他医疗服务: _____				
	慢病管理: <input type="checkbox"/> 慢病监测 <input type="checkbox"/> 健康咨询 <input type="checkbox"/> 用药指导 <input type="checkbox"/> 其他慢病管理服务: _____				
陪同就医服务	<input type="checkbox"/> 陪同指定医院就医 <input type="checkbox"/> 协助挂号 <input type="checkbox"/> 协助完成各项检查 <input type="checkbox"/> 协助取药 <input type="checkbox"/> 其他陪同就医服务: _____				
心理/精神支持服务	<input type="checkbox"/> 情绪疏导 <input type="checkbox"/> 心理支持 <input type="checkbox"/> 危机干预 <input type="checkbox"/> 老年人家属心理支持服务 <input type="checkbox"/> 其他心理/精神支持服务: _____				
安全保护服务	<input type="checkbox"/> 安全风险评估 <input type="checkbox"/> 安全教育 <input type="checkbox"/> 提供安全设备设置 <input type="checkbox"/> 其他安全保护服务: _____				
休闲娱乐服务	<input type="checkbox"/> 文体活动 <input type="checkbox"/> 棋牌娱乐 <input type="checkbox"/> 健身活动 <input type="checkbox"/> 游艺活动 <input type="checkbox"/> 影视观看服务 <input type="checkbox"/> 参观游览 <input type="checkbox"/> 其他娱乐休闲服务: _____				
教育服务	<input type="checkbox"/> 读书 <input type="checkbox"/> 讲座 <input type="checkbox"/> 老年大学 <input type="checkbox"/> 其他教育服务: _____				

委托服务	<input type="checkbox"/> 代读、代写书信 <input type="checkbox"/> 代领物品 <input type="checkbox"/> 代缴费用 <input type="checkbox"/> 其他委托服务：_____	
环境卫生服务	<input type="checkbox"/> 机构公共区域清洁 频次：_____ <input type="checkbox"/> 老年人居室清洁 频次：_____ <input type="checkbox"/> 其他环境卫生服务：_____	
洗涤服务	<input type="checkbox"/> 老年人衣物洗涤 频次：_____ <input type="checkbox"/> 老年人居室布草洗涤 频次：_____ <input type="checkbox"/> 其他洗涤服务：_____	
购物服务	<input type="checkbox"/> 代购日常生活物品 <input type="checkbox"/> 协助老年人使用网络购物 <input type="checkbox"/> 陪同外出购物 <input type="checkbox"/> 其他购物服务：_____	
维修服务	<input type="checkbox"/> 公共设施设备维修 <input type="checkbox"/> 老年人居室设备维修 <input type="checkbox"/> 其他维修服务：_____	
通信服务	<input type="checkbox"/> 提供电话设备 <input type="checkbox"/> 提供互联网上网服务 <input type="checkbox"/> 其他通信服务：_____	
交通服务	<input type="checkbox"/> 提供交通工具运送老年人 <input type="checkbox"/> 联系交通工具运送老年人 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
基础设施服务	<input type="checkbox"/> 提供居室内基本用电用水服务 <input type="checkbox"/> 提供空调服务 <input type="checkbox"/> 提供有线电视收视服务 <input type="checkbox"/> 提供冬季取暖服务 <input type="checkbox"/> 提供生活饮用水服务 <input type="checkbox"/> 呼叫应答服务 <input type="checkbox"/> 其他基础设施服务：_____	
等级护理照料服务		
生活照料服务	个人清洁卫生服务： <input type="checkbox"/> 洗脸 <input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 洗头 <input type="checkbox"/> 洗脚 <input type="checkbox"/> 按摩 <input type="checkbox"/> 拍背 <input type="checkbox"/> 协助整理个人物品 <input type="checkbox"/> 清洁整理床铺 <input type="checkbox"/> 更换床单位 <input type="checkbox"/> 其他个人清洁卫生服务：_____	
	穿衣服务： <input type="checkbox"/> 更换上衣、裤子 <input type="checkbox"/> 协助穿衣 <input type="checkbox"/> 整理衣物 <input type="checkbox"/> 其他穿衣服务：_____	
	修饰服务： <input type="checkbox"/> 梳头 <input type="checkbox"/> 剃须 <input type="checkbox"/> 剪指/趾甲 <input type="checkbox"/> 化妆 <input type="checkbox"/> 其他修饰服务：_____	
	饮食照料服务： <input type="checkbox"/> 经口喂食或水 <input type="checkbox"/> 鼻胃管喂食或水 <input type="checkbox"/> 协助用膳 <input type="checkbox"/> 其他饮食服务：_____	

生活照料服务	如厕照料服务： <input type="checkbox"/> 定时提醒如厕 <input type="checkbox"/> 使用便盆 <input type="checkbox"/> 使用尿壶 <input type="checkbox"/> 协助入厕排便、排尿 <input type="checkbox"/> 其他如厕服务：_____	
	口腔清洁服务： <input type="checkbox"/> 刷牙 <input type="checkbox"/> 漱口 <input type="checkbox"/> 清洁义齿 <input type="checkbox"/> 口腔擦拭 <input type="checkbox"/> 其他口腔清洁服务：_____	
	皮肤清洁服务： <input type="checkbox"/> 淋浴 <input type="checkbox"/> 床上擦浴 <input type="checkbox"/> 清洗会阴 <input type="checkbox"/> 其他皮肤清洁服务：_____	
	体位转移服务： <input type="checkbox"/> 进行床上体位转换 <input type="checkbox"/> 床与轮椅转移 <input type="checkbox"/> 床与平车转移 <input type="checkbox"/> 其他体位转移服务：_____	
	便溺照料服务： <input type="checkbox"/> 协助进行床上排便 <input type="checkbox"/> 人工排便 <input type="checkbox"/> 药物及辅助用品肛注排便 <input type="checkbox"/> 床上排尿 <input type="checkbox"/> 更换一次□性护理垫 <input type="checkbox"/> 更换一次性尿裤 <input type="checkbox"/> 其他便溺服务：_____	
	皮肤护理服务： <input type="checkbox"/> 卧床老年人预防压疮 <input type="checkbox"/> 老年人皮肤观察 <input type="checkbox"/> 定时更换体位 <input type="checkbox"/> 清洁皮肤 <input type="checkbox"/> 使用预防压疮的器具 <input type="checkbox"/> 其他皮肤护理服务：_____	
	<input type="checkbox"/> 其他生活照料服务：_____	
老年护理服务	<input type="checkbox"/> 老年人综合评估	
	慢病管理服务： <input type="checkbox"/> 老年人慢性非传染性疾病情况制定护理计划 <input type="checkbox"/> 实施维持性治疗 <input type="checkbox"/> 生活方式干预 <input type="checkbox"/> 健康教育 <input type="checkbox"/> 观察老年人症状变化、定期检测 <input type="checkbox"/> 其他慢病管理服务：_____	
	病症护理服务： <input type="checkbox"/> 常见病症进行观察 <input type="checkbox"/> 按照医嘱针对护理 <input type="checkbox"/> 其他病症护理服务：_____	

老年护理服务	护理技术操作服务： <input type="checkbox"/> 清洁与舒适管理 <input type="checkbox"/> 营养与排泄护理 <input type="checkbox"/> 常见症状护理 <input type="checkbox"/> 皮肤、伤口、造口护理 <input type="checkbox"/> 气道护理 <input type="checkbox"/> 引流护理 <input type="checkbox"/> 生命体征监测 <input type="checkbox"/> 急救技术 <input type="checkbox"/> 常用标本采集 <input type="checkbox"/> 给药治疗与护理 <input type="checkbox"/> 其他护理服务：_____	
	<input type="checkbox"/> 健康指导 <input type="checkbox"/> 药品管理服务 <input type="checkbox"/> 其他老年护理服务：_____	
协助医疗护理服务	<input type="checkbox"/> 老年人日常生活观察 <input type="checkbox"/> 协助或指导老年人使用辅助器具 <input type="checkbox"/> 化验标本的收集送检 <input type="checkbox"/> 其他协助医疗护理服务：_____	
康复服务	<input type="checkbox"/> 康复评定和制定计划 <input type="checkbox"/> 物理治疗 <input type="checkbox"/> 作业治疗 <input type="checkbox"/> 言语治疗 <input type="checkbox"/> 中医康复治疗 <input type="checkbox"/> 其他康复服务：_____	
安宁服务	<input type="checkbox"/> 疼痛及其他症状护理服务 <input type="checkbox"/> 舒适照护 <input type="checkbox"/> 其他安宁服务：_____	
其他约定服务		
乙方（签名）：_____ 丙方（签名或盖章）：_____ <div style="text-align: right;">_____年____月____日</div>		
注：1. 根据乙方的照料护理等级确定相应服务内容。 2. “服务内容”一栏在确认内容后的“□”内打“√”，未选的在“□”内打“×”。		

附件 7

变更事项确认表

乙方：_____

乙方入住时经评估能力等级为_____，甲方提供的照料护理等级为_____。

甲方于_____对乙方重新进行了评估，评估的能力等级为_____。根据乙方能力等级变化，需要对乙方的照料护理等级和相关的服务内容进行变更，经双方协商一致，同意变更下列事项，具体变更内容如下：

一、照料护理等级变更

乙方变更后的照料护理等级为_____。

二、服务内容变更

1. 甲方为乙方新增下列服务内容

2. 甲方不再为乙方提供下列服务

三、费用变更

养老服务总费用为_____元/月，其中：（1）床位费：_____元/月；（2）照料护理费：_____元/月；（3）餐费：_____元/月；（4）其他费用：_____费，_____元/____（单位）。

乙方、丙方同意并确认上述变更事项。

甲方（盖章）：

乙方（签名并按指印）：

丙方（签名并按指印或盖章）：

日期： 年 月 日

服务项目及收费标准