

5. ПРОЕКТ ДОГОВОРА

ДОГОВОР № _____ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

п. Рефтинский

«__» _____ 2016 г.

_____, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице директора _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и _____, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, далее совместно именуемые «Стороны», на основании проведенной конкурентной закупочной процедуры заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. «Исполнитель» обязуется оказать периодический медицинский осмотр _____ (_____) работникам Заказчика в _____ 2016 г., согласно календарному плану (Приложение № 1) с выездом к «Заказчику», с условием предоставления помещений для проведения медицинского осмотра.

1.2. Медицинские услуги оказываются в соответствии с порядком проведения периодических медицинских осмотров, установленным Приказом Минздравсоцразвития РФ N 302н от 12.04.2011 г. "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда"

1.3. «Заказчик» обязуется оплатить «Исполнителю» стоимость оказанных медицинских услуг на условиях настоящего Договора.

1.4. Услуги оказываются на территории «Заказчика» по адресу: 624285 Свердловская область, пос. Рефтинский, территория птицефабрики

2. Права и обязанности сторон.

2.1. «Исполнитель» обязуется:

2.1.1. Обеспечить своевременное и качественное проведение работникам «Заказчика» периодического медицинского осмотра.

2.1.2. Предоставить «Заказчику» сведения об объеме медицинских услуг.

2.1.3. При оказании медицинских услуг использовать технологии и методы диагностики, лечения и профилактики, разрешенные Министерством Здравоохранения РФ.

2.1.4. Принять согласно правилам, установленным п. 6.6 настоящего Договора, согласованные в органе Роспотребнадзора поименные списки лиц, списки контингентов, подлежащих периодическому медицинскому осмотру в лечебно-профилактическом учреждении, а также в срок, не менее чем за 14 календарных дней до момента проведения медицинского осмотра, дополнительный поименный список и список лиц, которые по уважительной причине (декретный отпуск или отпуск по уходу за ребенком, увольнение, длительный лист нетрудоспособности) не проходят медосмотр.

2.1.5. Предоставить по окончании периодического медицинского осмотра (последнего работника) по истечении 30 календарных дней заключительный акт и индивидуальные медицинские заключения на каждого работника с указанием результатов проведенных исследований и данных осмотров специалистов.

2.1.6. При необходимости проведения по результатам периодического медицинского осмотра работникам «Заказчика» дообследования, либо проведения периодического медицинского осмотра лицам, не явившимся на осмотр в сроки согласованные в календарном плане по уважительным причинам проводятся на базе «Исполнителя».

2.1.7. Данные о прохождении медицинского осмотра вносить в личные медицинские книжки непосредственно при прохождении медицинского осмотра.

2.1.8. Медицинский осмотр, помимо осмотра всеми специалистами, предусмотренными Приказом Минздравсоцразвития РФ N 302н от 12.04.2011 г, должен включать забор анализов, в т.ч. мазок на ЗППП, как у мужчин, так и женщин.

2.1.9. По окончании проведения периодического медицинского осмотра обеспечить утилизацию медицинских отходов класса Б в соответствии с установленными требованиями СанПиН предусмотренных п.2.1.7.2790-10.

2.1.10. До момента проведения периодического медицинского осмотра, по желанию «Заказчика» и предварительному согласованию, «Исполнитель» предоставляет «Заказчику» одноразовые контейнеры для сбора анализов.

2.2. «Заказчик» обязуется:

2.2.1. Представить «Исполнителю» необходимые документы для обследования его работников до начала проведения медосмотра:

- оригинал или заверенную копию поименного списка лиц, подлежащих периодическим медицинским осмотрам в лечебно-профилактическом учреждении в 2015 г., электронный вариант;

- оригинал контингентов, подлежащих периодическому медицинскому осмотру в 2015 г., прошедший экспертизу в органе Роспотребнадзора или заверенную копию, электронный вариант.

- письменное уведомление, подписанное представителем органа Роспотребнадзора о проведенной экспертизе предоставленных «Заказчиком» поименного списка лиц и списка контингентов, подлежащих периодическому медицинскому осмотру

2.2.2. Обеспечить наличие у своих работников при прохождении медицинского осмотра следующих документов:

- направления на периодический медицинский осмотр установленной формы (Приложение № 2), индивидуально на каждого работника «Заказчика», с указанием вредных факторов по пунктам согласно Приказа Минздравсоцразвития РФ N 302н от 12.04.2011 г. "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда";

- заполненного Паспорта здоровья.

2.2.3. Выполнять требования и рекомендации медицинского персонала «Исполнителя» (организация непрерывного потока работников, предупреждение работников о: сдачи анализа крови натощак, наличии контейнера с утренней, средней порцией мочи в количестве 30мл, соблюдение тишины в учреждении, при осмотре терапевта предоставлять достоверные сведения о состоянии здоровья, о наличии острых хронических заболеваниях, осмотр офтальмолога проводится при снятых контактных линзах, глазных протезов, при наличии очков или контейнеров с раствором для линз, и т.д.), обеспечивающие качественное предоставление услуги указанной в п. 1.1. настоящего Договора.

2.2.4. Оплатить стоимость предоставляемых услуг в сроки и в порядке, установленном настоящим Договором, а также подписать акт выполненных работ в течение 3 календарных дней с момента окончания предоставления медицинских услуг или направить Исполнителю мотивированный отказ от подписания Акта. Если в течение указанного срока Заказчик не предоставляет Исполнителю указанный Акт или обоснованные возражения, выполненные работы (оказанные услуги) считаются принятыми, у «Заказчика» отсутствуют претензии (замечания) к «Исполнителю», акт считается автоматически подписанным сторонами договора. Не предоставление акта в установленный договором срок, не освобождает «Заказчика» от возврата его «Исполнителю».

2.2.5. Предоставить помещения для проведения медицинского осмотра соответствующие требованиям Исполнителя, по предварительному согласованию Сторон. При условии проведения выездного флюорографического, маммографического исследований, «Заказчик» обязан предоставить соответствующую требованиям «Исполнителя» территорию для расположения флюорографического и маммографического подвижного кабинета. Обеспечить

подключение подвижного флюорографического кабинета к электрическим сетям (220В, необходимая мощность 10КВА, наличие автомата 25-50А), а также присутствие электрика при подключении и отключении данного оборудования.

2.2.6. Обеспечить поток прохождения медицинского осмотра его работников не менее 100 человек в день, а также обеспечить поток работниц (женщин), подлежащих маммографическому исследованию не более 25 человек в день.

2.2.7. Установить график работы по проведению периодического медицинского осмотра с 08-00 часов до 17-00 час. в рабочие дни или иное по взаимному согласованию сторон.

3. Стоимость и порядок расчета.

3.1. Стоимость медицинского осмотра одного человека составляет: мужчины _____,00 (_____ рублей 00 копеек) руб., женщины _____,00 (_____ рублей 00 копеек) руб., женщинам в возрасте после 40 лет дополнительно проводится маммография, стоимость маммографии составляет _____00 (_____ 00 копеек) руб. или УЗИ молочных желез, стоимость УЗИ молочных желез составляет _____,00 (_____ 00 копеек) (*Заполняется в соответствии с данными, указанными в заявке Участника, признанного победителем закупочной процедуры*) руб., согласно калькуляции (Приложение № 5). НДС не предусмотрен в соответствии с подпунктом 2 п. 2 ст.149 гл. 21 Налогового Кодекса Российской Федерации. Сумма Договора определяется как стоимость медицинских услуг, рассчитанная по согласованным тарифам, исходя из количества сотрудников «Заказчика», указанных в поименном списке лиц, подлежащих медицинскому осмотру и составляет _____ *Заполняется в соответствии с данными, указанными в заявке Участника, признанного победителем закупочной процедуры*

руб.

3.2. Оплата медицинских услуг осуществляется «Заказчиком» путем перечисления безналичных денежных средств на расчетный счет Исполнителя: **30 % предоплата**, в течение 5 банковских дней с момента предоставления счета, окончательный расчет производится, исходя из объема фактически оказанных услуг по окончании работ в течение трёх последующих месяцев равными долями на основании оформленного Акта выполненных работ, подписанного Сторонами в 2-х экземплярах, по одному для каждой из Сторон и надлежаще оформленного реестра, счета и счета-фактуры.

Оплата, оказанных услуг лицам, не прошедшим ПМО в договорные сроки, производится «Заказчиком» на основании предоставленного «Исполнителем» дополнительного счета на оплату, исходя из фактически оказанных услуг в течение 5 банковских дней с момента предоставления счета, с последующим предоставлением подписанного «Сторонами» Акта выполненных работ в 2-х экземплярах, по одному для каждой из Сторон и надлежаще оформленного реестра, счета и счета-фактуры.

3.3. Стоимость проведения периодического медицинского осмотра может быть изменена в сторону увеличения в случае необходимости проведения дополнительных лабораторных исследований указанных в Приложении № 5, а также маммографического исследования, в соответствии с требованиями Приказа Минздравсоцразвития РФ N 302н от 12.04.2011 г.

3.4. Излишне оплаченные «Заказчиком» суммы подлежат возврату либо учитываются при последующих расчетах.

4. Срок действия договора.

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания и действует до 30.06.2016г, и/или до полного исполнения Сторонами обязательств по настоящему Договору. Настоящий Договор будет считаться исполненным в полном объеме с момента подписания Дополнительного соглашения о исполнении условий договора и обязательств сторон

4.2. Договор может быть, досрочно расторгнут в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации. О намерении досрочно расторгнуть договор сторона, от которой исходит намерение расторжения, обязана предупредить другую сторону не менее чем за 30 календарных дней до даты расторжения договора.

4.3. При утрате одной из Сторон прав юридического лица вследствие реорганизации, права и обязанности по настоящему Договору переходят к соответствующему правопреемнику.

5. Ответственность Сторон.

5.1. В случае ненадлежащего исполнения настоящего Договора одной из сторон, виновная сторона несет ответственность согласно действующему законодательству Российской Федерации.

5.2. В случае некачественного оказания медицинских услуг, повторное их оказание осуществляются за счет «Исполнителя» в течение 14 дней со дня обнаружения «Заказчиком» некачественных медицинских услуг.

5.3. «Исполнитель» несет ответственность только за оказание медицинских услуг и обязательства связанные с ними, предусмотренные п. 1.1. настоящего Договора. По иным обязательствам, включая долговые не предусмотренные настоящим Договором «Исполнитель» ответственности не несет.

5.4. За несвоевременную или неполную оплату счетов «Заказчиком» «Исполнителю» выплачиваются пени в размере 0,1 % от неуплаченной суммы за каждый просроченный день.

5.5. «Исполнитель» не несет ответственности при сдаче «Заказчиком» акта по результатам проведенного периодического медицинского осмотра перед органами Роспотребнадзора за процентное соотношение лиц, явившихся либо не явившихся на профилактический осмотр, а также лиц, не предоставивших результаты дообследований в назначенные сроки.

5.6. Ответственность за правильность составления поименных списков и контингентов согласно Приказу Минздравсоцразвития РФ N 302н от 12.04.2011 г. несет «Заказчик».

5.7. Стороны не несут ответственности за ущерб, причиненный в результате полного или частичного неисполнения обязательств по настоящему договору, если такой ущерб причинен вследствие действия непреодолимой силы, которые не могли быть предвидены, контролируемы и устранены Сторонами настоящего Договора.

5.8. «Заказчик» несет ответственность за имущество принадлежащее «Исполнителю» (флюорографический и маммографический кабинеты и другое ввозимое на территорию «Заказчика» оборудование необходимое для проведения медицинского осмотра) в том случае, если ущерб причинен по вине «Заказчика»

6. Прочие условия.

6.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу и находящихся у каждой из Сторон.

6.2. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, решаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.3. Все изменения поименного списка лиц, подлежащих периодическим медицинским осмотрам в лечебно-профилактическом учреждении, производятся при наличии письменного уведомления, оформленного в надлежащем виде.

6.4. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору действительны лишь при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

6.5. Если в процессе проведения периодического медицинского осмотра выяснится нецелесообразность его проведения, «Заказчик» вправе отказаться от договора, приняв и оплатив уже выполненные работы.

6.6. Списки, указанные в п. 2.1.4 настоящего Договора, передаются представителем «Заказчика» лично ответственному лицу по работе с врачебной бригадой, менеджеру по работе с корпоративными клиентами или экономисту ЛПУ «Исполнителя» с обязательным занесением записи о предоставленных документах в журнал «Учет списков организаций, проходящих профилактический осмотр».

6.7. Стороны принимают взаимные обязательства по соблюдению конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора, врачебной тайны, персональных данных и т.п. Передача информации третьим лицам и иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, могут осуществляться только с письменного согласия Сторон (пациента).

6.8. В случае просрочки оплаты за оказание медицинских услуг, предусмотренной п. 3 настоящего договора, «Исполнитель» по своему усмотрению имеет право отказаться от предоставления медицинских услуг в сроки, предусмотренные в приложении 1 к настоящему

договору, либо осуществить предоставление медицинских услуг в сроки, согласно условиям договора при наличии надлежаще оформленного гарантийного письма об оплате услуг, поступившего от «Заказчика» с указанием точного срока поступления денежных средств на расчетный счет «Исполнителя» за оказанные медицинские услуги.

7. Юридические адреса и банковские реквизиты сторон.

Заказчик:

Исполнитель:

М.П.

М.П.

Согласовано:

Утверждаю:

М.П.

КАЛЕНДАРНЫЙ ПЛАН
проведения периодического осмотра работникам
ОАО «Птицефабрика «Рефтинская»

Дата проведения	Время проведения	Количество человек в день	Итого за период
с _____ по _____	с 08-00 до 17-00		
ИТОГО:			

(наименование медицинской организации)

Медицинская документация
Форма № 004-П/У

(адрес)

Код ОГРН

1	0	9	6	6	5	9	0	0	5	2	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Направление на профилактический медицинский осмотр работника

1. Дата направления _____
2. Дата осмотра _____
3. Цель направления: предварительный, периодический, внеочередной, углубленный медосмотр
(нужное подчеркнуть)
4. Фамилия _____
- Имя _____
- Отчество _____
5. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть)
6. Возраст _____ Дата рождения _____
Число, месяц, год рождения

СНИЛС* _____
Номер, код (серия) территории и страховой организации страхового полиса ОМС _____

7. Домашний адрес _____
8. Место работы:
- 8.1. Полное наименование организации: _____
- 8.2. Вид экономической деятельности по ОКВЭД: _____
- 8.3. Наименование структурного подразделения: _____
9. Профессия (должность) (в настоящее время): _____
10. Профессия (должность) (на которую принимается на работу)**: _____
11. Стаж работы:
- 11.1. общий _____ (лет)
- 11.2. в профессии _____ (лет)
- 11.3. во вредных условиях труда за весь период трудовой деятельности _____ (лет)
(обязательно)

12. Характеристика условий труда на рабочем месте:

№ п/п	Наименование факторов производственной среды и трудового процесса	Код фактора по приказу МЗ и СР РФ от 12.04.2011 № 302н)	Уровень фактора по результатам лабораторного контроля	Класс условий труда
12.1.				
12.2.				
12.3.				
12.4.				

Ответственное лицо,
составившее направление _____
подпись (должность, Фамилия, инициалы)

СНИЛС* - страховой номер индивидуального лицевого счета (страховое пенсионное свидетельство)

** - заполняется только при оформлении направления на предварительный медицинский осмотр

Адрес поликлиники: _____ 7. На обследование приходите в регистратуру
к _____. При прохождении периодического медосмотра при себе иметь документ,
удостоверяющий личность.

**Информированное добровольное согласие
пациента на проведение периодического медицинского осмотра и медицинское вмешательство**

1. Мне _____,
(Фамилия имя отчество полностью)

в связи с прохождением предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования), даны полные и всесторонние разъяснения:

- о необходимых методах обследования, о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения,

о возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях.

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне, в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

2. Я доверяю медицинскому персоналу _____ (название организации Участника) и добровольно даю согласие на необходимые медицинские вмешательства.

3. Содержание настоящего документа мне понятно, текст мною прочитан, что и удостоверяю своей подписью:

(подпись пациента или его представителя)

Настоящее «Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство» составлено на основании ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ, а также в соответствии с положениями «Закона о защите прав потребителей»

Согласие пациента на обработку его персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____,
(Ф.И.О. полностью)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" N 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку _____ (название организации Участника) (далее Оператор) моих персональных данных полученных при прохождении мною предварительного или периодического медицинского осмотра (обследования), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам; передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими; предоставление отчетных данных (документов) в Роспотребнадзор, Центры профпатологии, а также в другое лечебно-профилактическое учреждение, в соответствии с Приказом Минсоцразвития № 302н от 12.04.2011.

(подпись)

Медицинская документация
Форма № 004-П/У

_____ (наименование медицинской организации)

_____ (адрес)

Код ОГРН

1	0	9	6	6	5	9	0	0	5	2	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКА

« » _____ 20__ г.
(дата оформления)

*1. Фамилия _____

Имя _____ Отчество _____

*2. Пол: М Ж *3. Дата рождения _____
(число, месяц, год)

*4. Паспорт: серия _____ номер _____ дата выдачи _____
(число, месяц, год)

кем выдан _____

*5. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания) _____

_____ телефон _____

6. Номер страхового

полиса ОМС

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*7. Место работы: _____

*7.1. Вид экономической деятельности по ОКВЭД _____

*7.2. Полное наименование организации _____

*7.3. Форма собственности организации _____

*7.4. Наименование структурного подразделения (цех, участок, отдел, отделение и т.д.) _____

*8. Профессия (должность) (в настоящее время) _____

*9. Условия труда (в настоящее время)

Наименование производственного фактора, профессии (работы) с указанием кода**	Стаж работы с фактором

10. Наименование медицинской организации, к которой прикреплен работник для постоянного наблюдения:

10.1. Наименование _____

10.2. Фактический адрес местонахождения _____

*пункты паспорта заполняет работодатель
**Перечислить вредные и/или опасные производственные факторы и работы (профессии) в соответствии с Приложением №1 и №2 к приказу Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 г. № 302н

11. Результаты предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования):

№№ п/п	Осмотры (обследования)	Дата выполнения	Заключение по результатам осмотра (годен, не годен, заключение не дано)
1.	Терапевт		
2.	Невролог		
3.	Офтальмолог		
4.	Хирург		
5.	Отоларинголог		
6.	Аудиометрия		
7.	Дерматовенеролог		
8.	Гинеколог		

Ds: _____

9. Результаты лабораторных исследований:

9.1. Общий анализ крови от _____ 20 ____ г.
 Эритроциты _____ 10/12/л, гемоглобин _____ г/л, Ц.П. _____, лейкоциты _____ 10/9/л, лимфоциты _____,
 моноциты _____, ретикулоциты _____, эритроциты с базофильной зернистостью _____, СОЭ _____,
 микрореакция _____, тромбоциты _____ 10⁹/л.

9.2. Электрокардиограмма от _____ 20 ____ г.

Ритм _____

9.3. Цифровая рентгенография органов грудной клетки от _____ 20 ____ г.

Заключение: _____

9.4. Общий анализ мочи от _____ 20 ____ г.

Глюкоза _____, уд. вес _____, эритроциты _____, рН _____, белок _____,
 лейкоциты _____.

9.5. АЛК мочи от _____ 20 ____ г. _____ мкмоль/л.

9.6. Спирометрия от _____ 20 ____ г. _____

9.7. Мазок на флору от _____ 20 ____ г., эпителий _____, слизь _____, флора _____,

9.8. Цитологическое исследование от _____ 20 ____ г., № _____

Заключение _____.

9.9. Биохимический анализ крови от _____ 20 ____ г.,

Глюкоза _____ моль/л, холестерин _____ моль/л, билирубин _____ моль/л,

Трансаминазы: АЛТ _____ Е/л, АСТ _____ Е/л.

12. Заключение по результатам предварительного или периодического медицинского осмотра: не имеет/имеет
 медицинские противопоказания к работе в профессиях (работах)/заключение не дано (соответствующее
 подчеркнуть)

13. Группа здоровья: I группа, II группа, III группа, IV группа, V группа
 (соответствующее подчеркнуть)

14. Рекомендации по результатам ПМО (направление в специализированное или профпатологическое медицинское
 учреждение; использование СИЗ, или др.): _____

Председатель
 врачебной комиссии _____ (_____) (_____)
 (ФИО, должность) (Подпись)

М.П.