приложение № 2 к приказу

ГБУЗ РК «Сакская районная больница»

№ \_\_\_\_ от «\_\_»"февраля 2017г.

**ДОГОВОР**

**проведения обязательных периодических медицинских осмотров**

г.Саки " \_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Сакская районная больница» именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице главного врача Герасименко Василия Николаевича, действующего на основании Устава, с одной стороны

и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1.«Исполнитель обязуется по заданию «Заказчика» проводить обязательные периодические медицинские осмотры (обследования) физических лиц, указанных в представляемых «Заказчиком» поименных списках лиц, подлежащих предварительному и периодическому медицинскому осмотру (далее по тексту – «Поименный список») во исполнение ст. 34 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», Приказа Минздравсоцразвития № 302н от 12.04.2011г. «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», в соответствии со статьей 213 Трудового кодекса Российской Федерации.

 1.1.1 Для исполнения своих обязательств «Исполнитель имеет лицензию ЛО-85-01-000239 от 14 декабря 2016 года, выданную Министерством здравоохранения Республики Крым.

1.2. Срок оказания медицинских услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 1.2.1. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость медицинского осмотра (обследования) определяется исходя из расчета утвержденных тарифов (прейскуранта) «Исполнителя» на предоставление платных медицинских услуг, действующие в учреждении здравоохранения на дату заключения договора. Перечень и калькуляция платных медицинских услугу указаны в Приложении №1, являющегося неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.2. Сумма договора составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

2.3. Оплата медицинских услуг «Исполнителя» по настоящему Договору производится на основании выставленного «Исполнителем» счета в течение 5 (пяти) банковских дней с момента его получения «Заказчиком», в безналичной форме путем перечисления денежных средств на расчетный счет «Исполнителя».

2.4. Оказание медицинских услуг начинается после поступления денег на расчётный счет «Исполнителя».

2.5. Медицинские услуги по настоящему Договору **НДС не облагаются** согласно статьи 149 Налогового кодекса Российской Федерации.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. «Исполнитель» обязуется:

3.1.1.Провести медицинское обследование на территории «Исполнителя» по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

3.1.2. Данные медицинского обследования заносятся в амбулаторную медицинскую карту и паспорт здоровья работников, в которых отражаются заключения врачей-специалистов, результаты лабораторных и инструментальных исследований, заключение по результатам периодического медицинского осмотра.

3.1.3. Оформить заключение по результатам обязательного периодические медицинские осмотры (обследования).

3.1.4. Составить заключительный акт по итогам проведения медосмотра в течении 30 дней с момента окончания осмотра.

3.1.5. В случае подозрения о наличии у работника профессионального заболевания при проведении профосмотра оформить и направить в установленном порядке в центр профпатологии.

3.1.6. Строго соблюдать медицинские нормы и правила, соблюдать санитарно-эпидемиологический режим.

3.1.7. Строго соблюдать врачебную тайну.

3.2.«Заказчик» обязуется оплатить оказанные медицинские услуги в порядке и сроки установленные настоящим договором.

 3.2.1. «Заказчик» представляет направление на проведение обязательного периодического медицинского осмотра.

 3.2.2. «Заказчик» обязуется обеспечить своевременную явку лиц, подлежащих периодическому медицинскому осмотру, указанных в Поименном списке, в соответствии с утвержденным «Исполнителем» календарным планом проведения медицинского осмотра.

 3.2.3. Предоставлять по требованию «Исполнителя» информацию, необходимую и достаточную для оказания услуг по настоящему Договору

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За ущерб, причиненный одной из сторон вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей, виновная сторона несет ответственность в виде возмещения убытков в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. 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. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И УСЛОВИЯ ЕГО ПРЕКРАЩЕНИЯ

* 1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до \_\_.12.201\_\_года.
	2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон. Также, любая из Сторон вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора, при этом:

 5.2.1.О своем намерении расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке инициативная Сторона обязана предварительно письменно уведомить другую Сторону не менее чем 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты расторжения Договора.

* + 1. Договор признается расторгнутым:

- в случае расторжения Договора по соглашению Сторон - с момента, указанного в соглашении Сторон;

- в случае расторжения Договора в одностороннем порядке - по истечении 30 (тридцать) календарных дней со дня уведомления одной из Сторон другой Стороны об одностороннем отказе от исполнения Договора полностью или частично, если иной срок расторжения не указан в уведомлении.

* 1. Любое дополнительное соглашение Сторон, а также приложение к настоящему Договору считается действительным и является неотъемлемой частью Договора лишь при условии, если оно оформлено письменно и подписано надлежащим образом уполномоченными представителями Сторон.

6.ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.

6.1. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны будут руководствоваться действующим законодательством Российской Федерации.

* 1. Ни одна из Сторон не вправе передать третьему лицу свои права и обязательства по настоящему Договору без письменного согласия другой Стороны.
	2. Стороны обязуются извещать друг друга об изменении своих мест нахождения, номеров телефонов, телефаксов и банковских реквизитов не позднее 48 часов с даты их изменения. В противном случае сообщения, направленные по последнему известному адресу, считаются переданными надлежащим образом.

6.4.Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах - по одному **для каждой Стороны.**

6.5.Указанные ниже Приложения являются неотъемлемой частью настоящего Договора:

Приложение № 1 – Перечень и калькуляция платных медицинских услуг (образец);

Приложение № 2 – Сведения о специалистах предоставляющих медицинские услуги по Договору(образец);

7. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ «ЗАКАЗЧИК»

|  |  |
| --- | --- |
| Государственное бюджетное учреждение здраво-охранения Республики Крым «Сакская районная больница» Адрес: 296500, Республика Крым, г. Саки, ул. Лобозова, 22 тел. 0(36563) 3-04-55, 3-03-76ИНН/КПП 9107004533/910701001 ОГРН 1149102171811  л/с 20756Щ93800 в УФК по РК р/с 40601810035101000001  |  |
| Главный врач Герасименко В.Н. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |

Приложение № 1

к Договору проведения обязательных периодических медицинских осмотров

№ \_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Перечень и калькуляция платных медицинских услуг

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Пункт прейску-ранта | Наименование мед. услуг | Кол-вочеловек | Цена поПрейску-ранту | Сумма | калькуляция |
| Прямые затраты | Общепроиз-водственные затраты | Администра-тивные затраты | Рентабель-ность(20%) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **К оплате** |  |  |  | **Х** | **Х** | **Х** | **Х** |

ИСПОЛНИТЕЛЬ «ЗАКАЗЧИК»

|  |  |
| --- | --- |
| Государственное бюджетное учреждение здраво-охранения Республики Крым «Сакская районная больница» Адрес: 296500, Республика Крым, г. Саки, ул. Лобозова, 22 тел. 0(36563) 3-04-55, 3-03-76 ИНН/КПП 9107004533/910701001 ОГРН 1149102171811  л/с 20756Щ93800 в УФК по РК р/с 40601810035101000001  |  |
| Главный врач Герасименко В.Н. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |

Приложение № 2

к Договору проведения обязательных периодических медицинских осмотров

№ \_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_ "\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г

СВЕДЕНИЯ

о специалистах предоставляющих медицинские услуги по Договору:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ФИО | ДОЛЖНОСТЬ | УРОВЕНЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И КВАЛИФИКАЦИИ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

ИСПОЛНИТЕЛЬ «(ЗАКАЗЧИК»

|  |  |
| --- | --- |
| Государственное бюджетное учреждение здраво-охранения Республики Крым «Сакская районная больница» Адрес: 296500, Республика Крым, г. Саки, ул. Лобозова, 22 тел. 0(36563) 3-04-55, 3-03-76 ИНН/КПП 9107004533/910701001 ОГРН 1149102171811  л/с 20756Щ93800 в УФК по РК р/с 40601810035101000001  |  |
| Главный врач Герасименко В.Н. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |