

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 услуг 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, контролируются и устранены Сторонами настоящего Договора.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И УСЛОВИЯ ЕГО ПРЕКРАЩЕНИЯ

5.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до __.12.201__года.

5.2. 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.

5.2.2. 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.

5.3. 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.

6.2. Ни одна из Сторон не вправе передать третьему лицу свои права и обязательства по настоящему Договору без письменного согласия другой Стороны.

6.3 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 здравоохранения 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.	

Перечень и калькуляция платных медицинских услуг

№ п/п	Пункт прейскуранта	Наименование мед. услуг	Кол-во человек	Цена по Прейскуранту	Сумма	калькуляция			
						Прямые затраты	Общепроизводственные затраты	Административные затраты	Рентабельность(20%)
		К оплате				X	X	X	X

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.	

СВЕДЕНИЯ
о специалистах предоставляющих медицинские услуги по Договору:

№ п/п	ФИО	ДОЛЖНОСТЬ	УРОВЕНЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И КВАЛИФИКАЦИИ

ИСПОЛНИТЕЛЬ

«ЗАКАЗЧИК»

<p>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</p>	
<p>Главный врач Герасименко В.Н.</p>	