**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**

**оказания возмездных услуг**

**по предварительным и периодическим медицинским осмотрам**

г. Пермь «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Городская клиническая больница им. Симхи Нафтолиевича Гринберга», лицензия рег. № ЛО-59-01-004766 от 12.10.2018г., именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», в лице Директора ( по предпринимательской деятельности) Власовой Юлии Борисовны, действующей на основании Приказа от 18.10.2018 года № 29-А «О предоставлении права подписи», с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. По настоящему договору ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется оказать ЗАКАЗЧИКУ возмездные услуги по проведению предварительных и/или периодических медицинских осмотров (далее – медицинские осмотры) работников ЗАКАЗЧИКА, контактирующих с вредными и (или) опасными условиями труда, а ЗАКАЗЧИК своевременно оплатить оказанные услуги в порядке, указанном в настоящем договоре.

1.2. Предварительные медицинские осмотры (обследования) при поступлении на работу проводятся с целью определения соответствия состояния здоровья работника (свидетельствуемого) поручаемой ему работе (статья 213 Трудового кодекса Российской Федерации).

* 1. При проведении медицинского осмотра (обследования) стороны руководствуются Основами законодательства Российской Федерации по охране здоровья граждан, нормами Трудового и Гражданского кодексов Российской Федерации, приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 12.04.2011г. № 302н «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» (далее – Приказ № 302н от 12.04.2011 г.).

1. **УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

# 2.1. Исполнитель обязуется

2.1.1. Сформировать и утвердить приказом по учреждению врачебную комиссию из врачей – специалистов для проведения медицинского осмотра (обследования) работников ЗАКАЗЧИКА, контактирующих с вредными и (или) опасными условиями труда.

Председателем комиссии назначить врача – профпатолога, членами комиссии - врачей-специалистов, прошедших в установленном порядке повышение квалификации по специальности "профпатология" или имеющих действующий сертификат по специальности "профпатология".

2.1.2. После получения от ЗАКАЗЧИКА поименного списка работников с указанием фамилии, имени, отчества, профессии (должности) работника, подлежащего периодическому медицинскому осмотру; наименования вредного производственного фактора или вида работы, наименования структурного подразделения (при наличии), произвести медицинский осмотр (освидетельствование) работников ЗАКАЗЧИКА в соответствии с утвержденным календарным планом проведения периодических медицинских осмотров (обследований) и графиком работы комиссии. Поименный список работников составляется на основании утвержденного ЗАКАЗЧИКОМ списка контингента работников, подлежащих прохождению предварительного и периодического медицинского осмотра. Поименный список составляются и утверждаются ЗАКАЗЧИКОМ (его уполномоченным представителем) и не позднее чем за 2 месяца до согласованной с ИСПОЛНИТЕЛЕМ датой начала проведения периодического осмотра направляются ЗАКАЗЧИКОМ ИСПОЛНИТЕЛЮ.

ИСПОЛНИТЕЛЬ в 10-дневный срок с момента получения от ЗАКАЗЧИКА поименного списка (но не позднее чем за 14 дней до согласованной с ЗАКАЗЧИКОМ даты начала проведения периодического осмотра) на основании указанного поименного списка составляет календарный план проведения периодического осмотра (далее - календарный план).

Календарный план согласовывается ИСПОЛНИТЕЛЕМ с ЗАКАЗЧИКОМ (его представителем) и утверждается ИСПОЛНИТЕЛЕМ.

2.1.3. Провести медицинский осмотр только при наличии у работника ЗАКАЗЧИКА следующих документов согласно Приказу № 302н от 12.04.2011 г.:

* Направление ЗАКАЗЧИКА на медицинский осмотр, установленного образца;
* Паспорт (или другой документ установленного образца, удостоверяющий его личность);
* Паспорт здоровья работника (при наличии);
* Решение врачебной комиссии, проводившей обязательное психиатрическое освидетельствование (в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации).

2.1.4. На лицо ЗАКАЗЧИКА, проходящее медицинский осмотр, в медицинской организации ИСПОЛНИТЕЛЯ оформляются:

* медицинская карта амбулаторного больного (учетная [форма N 025/у-04](consultantplus://offline/ref=1E299B3C5D952C4E813519AE1419D47F62B8DA092B4DA98FB2BD73EE6EC97C62842B043E141025T0I4M), утвержденная Приказом Минздравсоцразвития России от 22 ноября 2004 г. N 255) (зарегистрировано Минюстом России 14.12.2004 N 6188) (далее - медицинская карта), в которой отражаются заключения врачей-специалистов, результаты лабораторных и инструментальных исследований, заключение по результатам предварительного или периодического медицинского осмотра.

Медицинская карта хранится в установленном порядке в медицинской организации;

* [паспорт](consultantplus://offline/ref=1E299B3C5D952C4E813519AE1419D47F6EB0DE0D2C4DA98FB2BD73EE6EC97C62842B043E141221T0I1M) здоровья работника (далее - паспорт здоровья) - в случае если он ранее не оформлялся, заполненный в соответствии с п.10.2. Приложения № 3 к Приказу № 302н от 12.04.2011 г.

В период проведения осмотра паспорт здоровья хранится в медицинской организации. По окончании осмотра паспорт здоровья выдается работнику на руки.

В случае утери работником паспорта здоровья медицинская организация по заявлению работника выдает ему дубликат [паспорта](consultantplus://offline/ref=1E299B3C5D952C4E813519AE1419D47F6EB0DE0D2C4DA98FB2BD73EE6EC97C62842B043E141221T0I1M) здоровья.

2.1.5. В случаях установления общесоматических заболеваний, уточнения диагноза или признаков профессионального заболевания у работника при прохождении им медицинского осмотра либо при обращении направить его в установленном порядке в центр профессиональной патологии для специального обследования с целью уточнения диагноза и установления связи заболевания с профессиональной деятельностью.

2.1.6. Занести данные медицинского осмотра в медицинскую карту. Каждый врач, принимающий участие в осмотре, дает свое заключение о профессиональной пригодности и при показаниях намечает необходимые лечебно - оздоровительные мероприятия. Вынести на отдельный лист данные профессионального маршрута работника (предприятие, цех, участок, профессия, стаж, вредные, опасные вещества и производственные факторы) и окончательное заключение о соответствии состояния здоровья поручаемой работе или иное заключение (о временном или постоянном переводе на другую работу).

2.1.7. Провести по желанию ЗАКАЗЧИКА дополнительное обследование и лечение:

* по месту прикрепления у работника полиса ДМС;
* ИСПОЛНИТЕЛЕМ, за счет средств ЗАКАЗЧИКА, по дополнительному соглашению;
* ИСПОЛНИТЕЛЕМ, по желанию и за счет средств работника.

2.1.8. Записать в медицинскую карту работника ЗАКАЗЧИКА рекомендации врача по проведению необходимого диспансерного наблюдения и оздоровлению пациента. При согласии ЗАКАЗЧИКА организовать на своей базе реализацию этого пункта по дополнительному соглашению.

2.1.9. В случае выявления общих заболеваний или отклонений в состоянии здоровья работника, которые являются противопоказаниями к допуску к работе во вредных и опасных условиях труда или при наличии подозрения на профессиональное заболевание, по желанию ЗАКАЗЧИКА провести медицинскую экспертизу (КЭК) за счет средств ЗАКАЗЧИКА по дополнительному соглашению.

2.1.10. Выдать работникам ЗАКАЗЧИКА, прошедшим периодический медицинский осмотр (обследование) и признанных годными к работе с вредными, опасными веществами и производственными факторами соответствующее заключение, подписанное председателем медицинской комиссии (с указанием фамилии и инициалов) ИСПОЛНИТЕЛЯ и заверяется печатью медицинской организации ИСПОЛНИТЕЛЯ, проводившей медицинский осмотр.

2.1.11. В случае индивидуального допуска внести в заключение данные об обязательном пользовании протезом, слуховым аппаратом, очками и др.

2.1.12. Выдать на руки работникам, которым противопоказана работа с вредными, опасными веществами и производственными факторами заключение клинико-экспертной комиссии (КЭК) и переслать копию заключения ЗАКАЗЧИКУ в 3-х дневный срок.

2.1.13. По окончании медицинского осмотра (обследования) работников ЗАКАЗЧИКА составить заключительный акт.

ПЕРЕДАТЬ ЗАКАЗЧИКУ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ АКТ в течение 5-ти рабочих дней ПОСЛЕ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО РАСЧЕТА С ИСПОЛНИТЕЛЕМ.

**2.2. Заказчик обязуется:**

2.2.1. Определить список контингента работников, подлежащих прохождению предварительного и периодического медицинского осмотра на 201\_\_ г. (на последующий год, в случае продления настоящего договора) и передать его ИСПОЛНИТЕЛЮ. В списке контингента работников, подлежащих прохождению предварительного и периодического медицинского осмотра, указывается:

- наименование профессии (должности) работника согласно штатному расписанию;

- наименование вредного производственного фактора согласно [Перечню](consultantplus://offline/ref=1E299B3C5D952C4E813519AE1419D47F66BADD032E44F485BAE47FEC69C623758362083F14102102T0I5M) факторов, а также вредных производственных факторов, установленных в результате аттестации рабочих мест по условиям труда, в результате лабораторных исследований и испытаний, полученных в рамках контрольно-надзорной деятельности, производственного лабораторного контроля, а также используя эксплуатационную, технологическую и иную документацию на машины, механизмы, оборудование, сырье и материалы, применяемые работодателем при осуществлении производственной деятельности.

2.2.2. Назначить ответственное лицо за исполнением условий настоящего договора. Не позднее чем за 10 дней до согласованной с ИСПОЛНИТЕЛЕМ даты начала проведения периодического осмотра ознакомить работников, подлежащих периодическому осмотру, с календарным планом проведения периодических медицинских осмотров (обследований) и графиком работы комиссии.

2.2.3. **Довести до сведения освидетельствуемого работника его обязанности**:

2.2.4. строго в соответствии с календарным планом и графиком работы комиссии явиться на медицинский осмотр (обследование);

2.2.5. иметь при себе документы, указанные в п. 2.1.3. настоящего договора.

2.2.6.в случае выявления общих заболеваний или отклонений в состоянии здоровья работника, которые являются противопоказаниями к допуску к работе во вредных и опасных условиях труда или при наличии подозрения на профессиональное заболевание и при получении направления в месячный срок пройти дополнительное обследование и лечение. Результаты незамедлительно предоставить комиссии ИСПОЛНИТЕЛЯ.

2.2.7. получить медицинское заключение ИСПОЛНИТЕЛЯ для предъявления ответственному лицу ЗАКАЗЧИКА.

2.3. Обеспечить каждого работника направлением установленного образца, с указанием всех необходимых сведений для прохождения медицинского осмотра.

2.4. Оплатить оказанные услуги в установленном договором порядке.

**3. ЦЕНА ДОГОВОРА и ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Расчет стоимости осмотра работников ЗАКАЗЧИКА производится на основании Приложения № 1 и утвержденного прейскуранта ИСПОЛНИТЕЛЯ с учетом количества специалистов, участвующих в осмотре, в том числе привлекаемых ИСПОЛНИТЕЛЕМ дополнительно.

3.2. Расчет производится по окончании осмотра на основании акта выполненных работ подписанного уполномоченными представителями сторон, в течение 5 банковских дней, после представления Исполнителем в адрес Заказчика счета и счета – фактуры. Форма безналичных расчетов – платежными поручениями.

В случае отказа от подписания акта ЗАКАЗЧИК в течение пяти рабочих дней представляет в адрес ИСПОЛНИТЕЛЯ мотивированный отказ. При непредставление Заказчиком в этот срок подписанного акта либо мотивированного отказа от подписания акта услуга считается оказанной ИСПОЛНИТЕЛЕМ надлежащим образом.

3.3. За несвоевременную оплату медицинских услуг предусмотренных настоящим договором, по вине ЗАКАЗЧИКА, ЗАКАЗЧИК уплачивает ИСПОЛНИТЕЛЮ пеню в размере 0,1 % просроченной суммы за каждый день просрочки.

3.4. За виновное несоблюдение ИСПОЛНИТЕЛЕМ сроков, установленных пунктами 2.1.2. и 2.1.13. настоящего договора, ИСПОЛНИТЕЛЬ уплачивает ЗАКАЗЧИКУ пеню в размере 0,1% от суммы договора за каждый день просрочки. Уплата пени не освобождает стороны от выполнения обязательств по настоящему договору.

**4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ**

4.1. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, вступает в силу с момента его подписания и распространяет свое действие на правоотношения сторон с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019г. и действует до \_\_\_\_\_\_\_\_\_2019г.

4.2. Во всем остальном стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

4.3. Споры, возникающие при исполнении договора, рассматриваются в Арбитражном суде, при обязательном соблюдении претензионного порядка. Срок рассмотрения претензий составляет 15 рабочих дней с момента их получения сторонами.

**5. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ  **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Городская клиническая больница им. Симхи Нафтолиевича Гринберга»**  ИНН 5908078603 КПП 590801001  Адрес: 614042, г. Пермь, ул. Победы, 41  тел/факс (342) 283-04-83 (приемная),  (342)283-17-67 (бухгалтерия).  Банковские реквизиты: Министерство финансов Пермского края (ГБУЗ ПК «ГКБ им. С.Н. Гринберга», л/с 208200497)  Банк: Отделение Пермь  р/с 40601810657733000001  БИК 045773001  **Исполнитель**  Директор (по предпринимательской деятельности)  ГБУЗ ПК «ГКБ  им. С. Н. Гринберга»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ю.Б.Власова  М.П. «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 года | ЗАКАЗЧИК  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Приложение № 1 к договору №

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование услуг | Цена  за 1 человека. | Количество чел. | Итого |
| **Общие (на базе поликлиники)** |  |  |  |
| в том числе: |  |  |  |
| Дополнительные | Согласно прейскуранта |  |  |

ИТОГО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ  **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Городская клиническая больница им. Симхи Нафтолиевича Гринберга»**  ИНН 5908078603 КПП 590801001  Адрес: 614042, г. Пермь, ул. Победы, 41  тел/факс (342) 283-04-83 (приемная),  (342)283-17-67 (бухгалтерия).  Банковские реквизиты: Министерство финансов Пермского края (ГБУЗ ПК «ГКБ им. С.Н. Гринберга», л/с 208200497)  Банк: Отделение Пермь  р/с 40601810657733000001  БИК 045773001  **Исполнитель**  начальник  отделения платных услуг  ГБУЗ ПК «ГКБ  им. С. Н. Гринберга»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ю.Б.Власова  М.П. «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 года | ЗАКАЗЧИК  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |