Д О Г О В О  Р   №

Возмездного оказания медицинских услуг

г. Щекино                                                            от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_2017 года

Государственное учреждение здравоохранения  «Щекинская районная больница», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Анисочкина А.А., действующего на основании Устава, лицензии № ЛО-71-01-001643 от 29.08.2016г., регистрационный номер № 1027101508983, выданной Министерством здравоохранения Тульской области с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании Устава, в дальнейшем именуемое «Заказчик», заключили настоящий договор.

 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1.Настоящий договор является гражданско-правовым договором.

1.2.Предметом настоящего договора является оказание «Исполнителем» платных медицинских услуг «Заказчику», обязательный ежегодный медицинский осмотр работников учреждения, в объеме, установленном в спецификации к настоящему договору (Приложение №1).

 2. УСЛОВИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ РАБОТ.

2.1.            Обеспеченность приборами, оборудованием, реактивами принимает на себя «Исполнитель».

2.2.            Обследования проводятся на базе филиала №1 ГУЗ «Щекинская районная больница» по адресу:

            - Тульская обл., г.Щекино, ул.Пионерская, д.36

2.3.            «Заказчик» предоставляет пофамильные списки работников, подлежащих обязательному профилактическому медицинскому осмотру.

 3.ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

3.1.«Исполнитель» обязуется:

3.1.1.Провести качественный медицинский осмотр лиц согласно утвержденному списку в объеме, оговоренном Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12.04.2011г № 302н в установленные сроки.

3.1.2.Провести необходимое дообследование нуждающихся лиц.

3.1.3.Предоставить «Заказчику» заключение по результатам медосмотра в сроки не позднее 10 дней с момента окончания осмотра.

3.2.«Заказчик» обязуется:

3.2.1.Обеспечить явку лиц, подлежащих осмотру в согласованное между сторонами время.

3.2.2.Произвести предоплату рассчитанных затрат согласно выставленного счета.

3.2.3.Произвести необходимую доплату за расширенное дообследование сотрудников предприятия (если таковое потребуется в объеме сверх оговоренного).

 4.СТОИМОСТЬ РАБОТ И ПОРЯДОК РАСЧЕТА

4.1.Стоимость выполняемых работ определяется согласно прейскуранту платных медицинских услуг, на момент оказания услуг  ГУЗ «Щекинская районная больница» на основании разрешения Министерства здравоохранения и социального развития  № 25 от 06.07.2012 года и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей 00 копеек.

 5.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1.В случае неисполнения «Заказчиком» условий договора «Исполнитель» имеет право расторгнуть в одностороннем порядке настоящий Договор и вернуть выплаченный аванс в размере 50 %.

5.2.В случае невыполнения обязательств «Исполнителем» «Заказчик» вправе уменьшить размер выплаты на сумму невыполненных работ и расторгнуть договор в одностороннем порядке.

6.СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1.Настоящий договор может быть изменен, расторгнут, признан недействительным с взаимного согласия сторон.

6.2.Сторона инициатор досрочного расторжения договора  должна известить об этом другую сторону письменно не позднее, чем за 1 месяц до предполагаемого расторжения договора.

6.3.Договор вступает в силу с момента подписания и действует до «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017г., а в части финансовых взаиморасчетов – до полного их исполнения.

 7.ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА СТОРОН

1. .«Заказчик»

2. «Исполнитель» Государственное учреждение здравоохранения «Щекинская районная больница»

Адрес: 301247, Тульская область, г. Щекино, ул. Болдина, д. 1, тел. 8(48751) 5-46-66

ИНН /КПП 7118017322/711801001

Министерство финансов Тульской области (ГУЗ «Щекинская районная больница»), л/с 105700918

Отделение Тула г.Тула

БИК 047003001 ОКТМО 70648101

В назначении платежа указать: платные услуги для ГУЗ «Щекинская районная больница» филиал №1  КБК 00000000000008210130

 При изменении юридических и банковских реквизитов стороны извещают друг друга в пятидневный срок.

|  |  |
| --- | --- |
| «Заказчик» | «Исполнитель» |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | Главный врач ГУЗ «Щекинская районная больница»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  /А.А. Анисочкин/ |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 1К договору №       от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2017г. |
|  |  |  |  |  |
| **СПЕЦИФИКАЦИЯна оказание медицинских услуг** |
| № п/п | Наименование оказываемых услуг | Цена за услугу, руб. | Количество чел. | Сумма, руб. |
| 1 | Прием (осмотр, консультация) врача- терапевта | 77,00 |  |  |
| 2 | Прием (осмотр, консультация) врача-отоларинголога | 53,00 |  |  |
| 3 | Прием (осмотр, консультация) врача -психиатра | 100,00 |  |  |
| 4 | Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога | 47,00 |  |  |
| 5 | Электрокардиография | 160,00 |  |  |
| 6 | Общий (клинический) анализ крови развернутый | 183,00 |  |  |
| 7 | Анализ мочи общий | 52,00 |  |  |
| 8 | Исследование уровня глюкозы в крови | 169,00 |  |  |
| 9 | Исследование уровня холестерина в крови | 152,00 |  |  |
| 10 | Реакция на сифилис | 204,00 |  |  |
| 11 | Флюорография | 64,00 |  |  |
| 12 | Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога | 200,00 |  |  |
| 13 | Микроскопическое исследование влагалищных мазков | 150,00 |  |  |
| 14 | УЗИ молочных желез | 333,00 |  |  |
| **Итого** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | "Заказчик" | "Исполнитель" |
|  |  |  |  |  |
|  | Главный врач ГУЗ "Щекинская районная больница" |
|  |  |  |  |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/А.А. Анисочкин/ |