

ДОГОВОР № _____
о предоставлении медицинских услуг

г. Боровичи _____ 2023 года

ГОБУЗ «Боровичская ЦРБ», именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», лицензия на осуществление медицинской деятельности № 41-01073-53/00367736 от 25 декабря 2019 года выдана министерством здравоохранения Новгородской области, в лице и.о. главного врача ГОБУЗ «Боровичская ЦРБ» Захаровой Ольги Ивановны действующего на основании приказа Министерства здравоохранения Новгородской области от 10.08.2023 № 541-л/с, с одной стороны и _____, именуемое в дальнейшем **Заказчик**, в лице _____, действует на основании _____, с другой стороны заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. **Заказчик** поручает, а **Исполнитель** обязуется оказать услуги по проведению периодического медицинского осмотра работников **Заказчика** в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.01.2021г. № 29н "Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры".

1.2. Услуги оказываются Исполнителем на основании лицензии № **ЛО41-01073-53/00367736**, выданной Министерством здравоохранения Новгородской области **25.12.2019** г. бессрочно. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя изложен в Приложении 1 к настоящему договору. Лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Новгородской области; адрес: 173003, г. Великий Новгород, ул.Кооперативная 5.

1.3. Место проведения медицинских осмотров – медицинское учреждение **Исполнителя**, расположенное по адресу: г.Боровичи, ул.Подбельского, д.23.

1.4. Общее количество работников **Заказчика**, которым будет оказана услуга _____ человека. Объем услуг фиксируется сторонами настоящего договора в соответствующих двухсторонних Актах об оказании услуг и определяется **Заказчиком** по данным, предоставляемым **Исполнителем**.

1.5. **Заказчик** подтверждает:

1.5.1. при заключении настоящего договора ему предоставлена в доступной форме достоверная информация об услугах, содержащая следующие сведения о: порядке оказания мед. помощи и стандартах мед. помощи, применяемых при предоставлении платных мед. услуг; возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи; конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную мед. услугу (его профессиональном образовании и квалификации); методах оказания мед. помощи, связанных с ними рисках, возможных видах мед. вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания мед. помощи; других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора.

1.5.2. до заключения настоящего договора, Исполнитель уведомил Заказчика о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

1.5.3. что уведомлен о том, что пациенты, получающие медицинские услуги, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинских организациях.

2. СТОИМОСТЬ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

2.1. Общая стоимость услуг по настоящему договору составляет _____ рублей, согласно расчета затрат на проведение медосмотра (Приложение №1) и является его неотъемлемой частью, НДС не облагается на основании п.2 ст.149 НК

2.2. Общая сумма договора состоит из общей стоимости услуг по медицинскому обследованию оказанных исполнителем в течение срока действия настоящего договора.

2.3. Оплата услуг производится в следующем порядке: 100% - предоплата на основании выставленного счета путем перечисления денежных средств на расчетный счет **Исполнителя** в рублях РФ не позднее 10 (десяти) банковских дней до начала медицинского осмотра.

2.4. После завершения медицинского осмотра до 15 числа следующего месяца выставляются Акт об оказании услуг и счет-фактура по факту прохождения медицинского осмотра.

3. СРОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

3.1. Исполнитель обязан оказать указанные в п. 1.1. настоящего договора услуги в срок до 25.12.2023 года.

4. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Обязанности **Заказчика**:

- Оказывать содействие **Исполнителю** в оказании услуг по настоящему договору;
- Принимать оказанные услуги от **Исполнителя** по Акту;
- Своевременно в полном объеме оплачивать услуги, оказанные **Исполнителем**.

4.2. Обязанности **Исполнителя**:

- Обеспечить Работника и Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией об услугах.
- Оказывать услуги, указанные в п. 1.2 Договора, в соответствии с требованиями к качеству медицинских услуг, действующими стандартами и требованиями и сдавать их результат по Акту Заказчику.
- После оказания платных медицинских услуг бесплатно выдать Работнику медицинские документы в течение _____ дней.

4.3. Обязанности **Работника**:

- Информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
- Соблюдать правила поведения пациентов в мед. учреждении, режим работы медицинского учреждения;
- Выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему услуги по настоящему Договору, в том числе соблюдать указания мед. учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения одной сторон своих обязанностей по настоящему договору, то она несет ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. **Исполнитель** несет ответственность за выполнение обязательных требований и правил при оказании услуг по настоящему договору.

5.3. Исполнитель и его работники, оказывающие услуги по настоящему Договору, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Потребителю медицинской помощи.

5.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникшие после заключения Договора. Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

6. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ.

6.1. Условия настоящего договора носят конфиденциальный характер и разглашению не подлежат.

6.2. Условия настоящего договора имеют обязательную юридическую силу для обеих сторон. Все изменения и дополнения к настоящему договору оформляются двусторонним письменным соглашением.

6.3. Споры между сторонами, возникающие при исполнении договора, рассматриваются в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

6.4. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых хранится у **Заказчика**, а другой – у **Исполнителя**.

6.5. Договор вступает в силу с момента его подписания, распространяется на правоотношения, возникшие с _____ года и действует по _____ года.

6.6. Настоящий Договор может быть изменен по письменному соглашению Сторон.

7. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН.

Исполнитель

Заказчик

ГБУЗ «Боровичская ЦРБ»

Место нахождения: 174406, Новгородская обл.,

г.Боровичи, пл. 1 Мая, д.2.А

Почтовый адрес (для получения от Банка корреспонденции):

174406, Новгородская обл.,

г.Боровичи, пл. 1 Мая, д.2.А

тел./факс бухгалтерии: (816-64) 4-28-72

(816-64)4-40-81 главный бухгалтер,

ИНН 5320028090

КПП 532001001

ОГРН 1195321001919

Получатель: министерство финансов по Новгородской области (ГОБУЗ «Боровичская ЦРБ» л/с 20506Ъ45500)

р/с 032246434900000005000 ОТДЕЛЕНИЕ НОВГОРОД /

УФК по Новгородской области, г.В.Новгород

к/с 40102810145370000042

БИК 014959900

КБК: 000 000 000 000 00 130

ОКТМО 49606101

И.О. Главного врача

Директор

м.п. (подпись) Захарова О.И.

м.п. (подпись)

Уведомления
работника в рамках Договора на оказание платных услуг
от _____ 20__ г. № _____

Сведения о работнике:

Ф. И.О. _____

Работник подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель уведомил его в доступной форме о возможности получения соответствующих видов и объемов мед. помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам мед. помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам мед. помощи.

Работник подтверждает, что при заключении настоящего договора ему предоставлена в доступной форме достоверная информация об услугах, содержащая сведения о:

- порядке оказания мед. помощи и стандартах мед. помощи, применяемых при предоставлении платных мед. услуг;
- возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную мед. услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- методах оказания мед. помощи, связанных с ними рисках, возможных видах мед. вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания мед. помощи;
- других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора.

Работник подтверждает, что уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Работник подтверждает, что до заключения настоящего договора, Исполнитель уведомил его о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

Работник обязуется:

1. Информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
2. Соблюдать правила поведения пациентов в мед. учреждении, режим работы медицинского учреждения;
3. Выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания мед. учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

« ____ » _____ 20__ г.

(подпись)

(ФИО)