Приложение №2
к Положению по организации оказания платных медицинских
услуг и услуг медицинского сервиса в ОБУЗ ИКБ им. Куваевых
от «___»_____2023 г.

Договору № ___
о предоставлении платных медицинских услуг.

г. Иваново _____

Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Ивановская клиническая больница имени Куваевых», регистрирующий орган - Инспекция Федеральной налоговой службы по г. Иваново, дата внесения сведений в реестр 09.04.2013г., государственный регистрационный номер 2133702095240, ОГРН 1023700558397, в лице _____, действующей на основании _____, имеющее Лицензию на осуществление медицинской деятельности №ЛО-37-01-001324 от 18.12.2018г., выдана Департаментом здравоохранения Ивановской области, г. Иваново, Шереметевский проспект д.1, тел.+7 (4932) 59-48-20,именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», с одной стороны другой стороны и _____, в лице _____, действующего на основании _____, именуемого в дальнейшем **«Заказчик»** с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора:

1.1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель, на возмездной основе с добровольного согласия Заказчика оказывает медицинские услуги: медицинское освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического.) Предрейсовое, послерейсовое медицинское освидетельствование водителей автотранспортных средств.
1.2. Исполнитель оказывает медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешённым на территории Российской Федерации, а Заказчик обязуется оплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающее качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимой для этого информации.
1.3. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Заказчику, оговариваются действующим прейскурантом Исполнителя.

2. Цена договора:

2.1. Медицинская услуга оплачивается в соответствии с расчетом стоимости оказания платных медицинских услуг. Стоимость медицинских услуг составляет: _____, за одного освидетельствуемого.
2.2. Оплата медицинских услуг по настоящему договору производится на основании счета, по результатам каждого отчетного периода – 1 раз в месяц. Отчетным периодом считается календарный месяц.
2.3. Оплата услуг Исполнителя производится Заказчиком на расчетный счет ОБУЗ ИКБ им. Куваевых.

3.Права и обязанности сторон:

3.1.Исполнитель обязуется:
3.1.1. Своевременно и качественно оказать медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора
3.1.2. В своей деятельности показанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства,

иммунобиологические препараты, дезинфицирующие средства, разрешённые к применению в установленном законом порядке.
3.1.3. Обеспечить Заказчика в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг, с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг.
3.1.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни сотрудникам Заказчика при внезапных острых состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3.1.5. Исполнителем после исполнения договора выдаются Заказчику по требованию отчетная документация, отражающая факт исполнения медицинской услуги.
3.2.Права и обязанности Заказчика:
3.2.1. Заказчик обязуется надлежащим образом исполнять условия настоящего договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего договора.
3.2.2. Заказчик имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию об оказанной услуге, включая сведения о результатах освидетельствования сотрудников Заказчика.
3.2.3. Заказчик вправе отказаться от исполнения договора, возместив Исполнителю расходы за уже выполненную работу.
3.2.4. Сотрудники Заказчика обязуются предоставить, при необходимости, дополнительную информацию или пройти дополнительное обследование, требующиеся для принятия экспертного решения в отношении освидетельствуемого сотрудника.

4. Порядок предоставления платных медицинских услуг:

4.1. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.
В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.
4.2. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии письменной заявки Заказчика на освидетельствование сотрудников, с предоставлением соответствующих списков сотрудников Заказчика.
4.3. Исполнитель предоставляет Заказчику по его требованию и в доступной для него форме информацию: о медицинском освидетельствовании на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического.) сотрудников Заказчика.
4.4. Исполнитель обязан при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

5. Ответственность сторон:

5.1.За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.
5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
5.3. Контроль за соблюдением настоящих Правил осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в рамках установленных полномочий.

5.4.Стороны несут ответственность за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством.

6. Прочие условия:

6.1. Заказчик подтверждает, что ознакомлен с информацией, касающейся медицинской услуги и условий её предоставления, в полном объеме. Заказчик уведомлен, когда и в каких случаях может получить данные услуги бесплатно в рамках действующей в этом году Территориальной программы государственных гарантий на соответствующий год.

6.2.Все спорные вопросы решаются путем переговоров, в случае не достижения согласия - в установленном законом порядке.

6.3.Все вопросы, не урегулированные настоящим договором, решаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.4.Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

7. Срок действия договора:

7.1.Настоящий договор вступает в силу с момента заключения и действует до момента исполнения обязательств по договору. Срок действия договора не определен.

8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ЗАКАЗЧИК:	**ИСПОЛНИТЕЛЬ:**
	ОБУЗ ИКБ им. Куваевых
	153025, г. Иваново, ул. Ермака, д. 52/2
ИНН	ИНН 3729011398 КПП 370201001
КПП	ЕКС: 40102810645370000025 Отделение Иваново
ОГРН	Банка России//УФК по Ивановской области
р/с	г.Иваново БИК 012406500
к/с	КС 03224643240000003300
	Получатель: Департамент финансов Ивановской области (ОБУЗ ИКБ им. Куваевых л/с 20336У95800)
	ОГРН 1023700558397
	КБК 00000000000000000130
_____:	_____:
_____/_____ /	_____/_____/

Приложение №3
к Положению по организации оказания платных медицинских
услуг и услуг медицинского сервиса в ОБУЗ ИКБ им. Куваевых
от «___»_____2023 г

ДОГОВОР № ____
на проведение периодических и (или) предварительных медицинских осмотров

г. Иваново **_____г.**

Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Ивановская клиническая больница имени Куваевых» в лице _____, действующего на основании _____, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО-37-01-001324 от 18.12.2018г., выданную Департаментом здравоохранения Ивановской области (153000, г. Иваново, Шереметевский пр., д. 1, тел. (4932) 59-48-20), в том числе в части осуществления медицинских работ и услуг по предварительным и периодическим медицинским осмотрам, срок действия лицензии – бессрочно, именуемое в дальнейшем «**Медицинская организация**», с одной стороны, и
_____, действующий на основании свидетельства о государственной регистрации _____ от «___»_____20__г., именуемое в дальнейшем «**ЗАКАЗЧИК**», с другой стороны, заключили Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА:

1.1. Заказчик поручает, а Медицинская организация принимает на себя обязательство по оказанию услуг в части проведения обязательных периодических и предварительных медицинских осмотров, далее по тексту – осмотры, работников (соискателей Заказчика) Заказчика в соответствии со списками, утвержденными Заказчиком (Приложение №1 к настоящему договору) на соответствующий календарный год, занятых на вредных работах и на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, в Порядке, утвержденном Приказом Минздрава РФ от 28.01.2021 г. №29Н.

2. УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ:

2.1. Медицинская организация обязуется сформировать постоянно действующую врачебную комиссию в составе, установленном Приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 г.
для каждой профессии и каждого вида вредного и опасного производственного фактора.
2.2. Проведение осмотров осуществляется в соответствии с планом-графиком, согласованным сторонами (Приложение №2 к настоящему договору).
2.3. В целях прохождения медицинского осмотра Заказчик обязан выдать на руки своему работнику направление на осмотр в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 28.01.2021 г. №29Н (Приложение №3 к настоящему договору).
2.4. По окончании осмотра Медицинская организация совместно с представителями Заказчика оформляет Заключение.
2.5. Заказчик обязан обеспечить явку своих работников в назначенные для осмотров дни в соответствии со списком (Приложение №1 к настоящему договору).
2.6. Данные осмотра заносятся в карту периодических и предварительных медицинских осмотров. Каждый врач, принимающий участие в осмотре, дает свое заключение о пригодности конкретного работника к выполнению конкретной профессии, а при показаниях – намечает необходимые лечебно-оздоровительные мероприятия.
2.7. В случае обнаружения признаков профессионального заболевания работник в установленном порядке направляется лечащим врачом в центр профпатологии для специального обследования с целью уточнения диагноза и установления связи заболевания с выполняемой работой.
2.8. Заказчик обязан проявить необходимую заботливость с тем, чтобы самостоятельно и своевременно получить у Медицинской организации счета на оплату и Заключительный акт.
2.9. Медицинская организация обязана начать проведение осмотров в согласованные сторонами сроки.

3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ:

3.1. Стоимость осмотра одного работника определяется по Прейскуранту Медицинской организации, действующей на момент проведения осмотра (Приложение №4 к настоящему договору) в зависимости от объема осмотра в соответствии с направлением, выданным Заказчиком и Приказом Минздрава РФ от 28.01.2021 г. №29Н. Медицинские услуги НДС не облагаются.

Медицинская организация вправе в одностороннем внесудебном порядке изменять цену услуг, оказываемых по настоящему договору. При этом Медицинская организация обязана предварительно направить письменное уведомление об изменении цены услуг на адрес Заказчика, указанный в договоре. В случае изменения адреса или иных реквизитов, Заказчик обязан в однодневный срок в письменной форме сообщить об этом Медицинскому учреждению, указав новые реквизиты. В противном случае все риски, связанные с исполнением настоящего договора и изменением его условий несет Заказчик.

Заказчик вправе отказаться от исполнения настоящего договора на новых условиях в течение 5 (Пяти) рабочих дней с момента получения уведомления.

Заказчик обязан направить, на указанный в договоре адрес Медицинской организации, уведомление об отказе от исполнения настоящего договора в связи с изменением цены работ. Договор считается расторгнутым с момента получения Медицинской организацией уведомления об отказе от исполнения настоящего договора. Расчет за работы, выполненные до расторжения договора, производятся по цене, действующей до даты получения Заказчиком уведомления об изменения цены.

Все изменения цены применяются к отношениям сторон, возникшим после направления Медицинской организацией уведомления Заказчику об изменении цены.

3.2. Заказчик обязуется оплачивать Медицинской организации выполненные работы по факту прохождения сотрудниками Заказчика (соискателями Заказчика) обязательных периодических и предварительных медицинских осмотров в течение 3 (Трех) рабочих дней с момента выставления Медицинской организацией счет на оплату. Расчет стоимости выполненных работ по факту оказанных услуг, определяется из количества обследованных работников.

3.3. Заказчик обязуется подписать акт выполненных работ и направить его в Медицинскую организацию течение 3 рабочих дней.

3.4. Заказчик перечисляет денежные средства на счет Медицинской организации в безналичном порядке.

4. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

4.1 Стороны принимают все меры к разрешению спорных вопросов путем переговоров. Все неурегулированные между сторонами споры по выполнению условий настоящего Договора рассматриваются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

4.2 Настоящий Договор составлен в двух идентичных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

4.3 Срок действия договора с момента подписания до _____г. и (или) до полного исполнения обязательств по договору.

5. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ЗАКАЗЧИК:

_____

Адрес:_____

ИНН _____

ОГРН_____ _____

Р/с _____

В _____

К/с _____

БИК _____

Тел.:_____

Эл. Почта:_____

/_____

_____ /_____/

М.п.

МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ:

ОБУЗ ИКБ им. Куваевых

153025, г. Иваново, ул. Ермака, д. 52/2

ИНН 3729011398 КПП 370201001

ЕКС: 40102810645370000025 Отделение Иваново Банка России//УФК по Ивановской области г.Иваново БИК 012406500

КС 03224643240000003300

Получатель: Департамент финансов Ивановской области (ОБУЗ ИКБ им. Куваевых л/с **20336У95800**)

ОГРН 1023700558397

КБК 00000000000000000130

_____:

_____ /_____/

М.п.

Приложение №1
к договору № ____
на проведение периодических
и (или) предварительных медицинских
осмотров от _____г.

Список сотрудников,
направляемых для прохождения обязательных периодических и предварительных медицинских осмотров
_____

№	ФИО	Дата рождения	Наименование работы и профессия	Адрес	Виды работ
1					
2					

_____/_____/
М.п.

«_____»_____ 20 ____ г.

Приложение №2
к договору **№ _____**
на проведение периодических
и (или) предварительных медицинских
осмотров от _____г.

План график проведения медицинских осмотров.

В соответствии с условиями заключенного договора **№ _____** на проведение периодических (предварительных) медицинских осмотров от _____., Стороны согласовывают следующие сроки проведения периодических (предварительных) медицинских осмотров:

– В течение **_____** 20_____г.

Заказчик: Медицинская организация:
_____

_____ /_____/ _____ /_____/

Приложение №3
к договору **№** _____
на проведение периодических
и (или) предварительных медицинских
осмотров от _____ г.

Образец направления на
обязательные периодические и (или) предварительные медицинские осмотры

_____
(наименование организации (предприятия),
форма собственности, отрасль экономики)

Код ОГРН _____

Направление на предварительный (периодический) медицинский осмотр (обследование)

Направляется в _____
(наименование медицинской организации, адрес регистрации, код по ОГРН)
1. Ф.И.О. _____
2. Дата рождения _____
(число, месяц, год)
3. Поступающий на работу/работающий (нужное подчеркнуть)
4. Цех, участок _____
5. Вид работы, в которой работник освидетельствуется _____
6. Стаж работы в том виде работы, в котором работник освидетельствуется
_____
7. Предшествующие профессии (работы), должность и стаж работы в них _____
_____
8. Вредные и (или) опасные вещества и производственные факторы:
8.1. Химические факторы _____
(номер пункта или пунктов Перечня*, перечислить)
8.2. Физические факторы _____
(номер строки, пункта или пунктов Перечня*, перечислить)
8.3. Биологические факторы _____
(номер пункта или пунктов Перечня*, перечислить)
8.4. Тяжесть труда (физические перегрузки) _____
(номер пункта или пунктов Перечня*, перечислить)
9. Профессия (работа) _____
(номер пункта или пунктов Перечня*, перечислить)

_____
(должность уполномоченного представителя)

_____/_____/
М.п.

Приложение № 4
к договору № ____
на проведение периодических
(предварительных) медицинских
осмотров от _____г.

Расчет стоимости оказываемых услуг.

В соответствии с условиями настоящего Договора Медицинская организация осуществляет предварительный и периодический медицинские осмотры сотрудников (соискателей) Заказчика по следующим ценам, согласно действующего прейскуранта:

№ п/п	Наименование услуги	Стоимость, руб.	Кратность	Сумма, руб.
1				
			ИТОГО	

Заказчик: Медицинская организация:

_____ /_____/ _____ /_____/

Приложение №4
к Положению по организации оказания платных медицинских
услуг и услуг медицинского сервиса в ОБУЗ ИКБ им. Куваевых
от «___»_____2023 г.

Согласие на получение медицинских УСЛУГ **на платной основе:** Я, (Ф И О.) _____ , уведомлен о том, что медицинские услуги, предусмотренные нижеприведенным Договором № ФД _____от_____20___г. (далее «Договор») оказываются на платной основе в связи с тем, что не включены в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

«_____»_____20____г. _____
(подпись)

Договор № ФД _____о предоставлении платных медицинских услуг

г.Иваново «___» _____ 20___г.

Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Ивановская клиническая больница имени Куваевых», регистрирующий орган - Инспекция Федеральной налоговой службы по г. Иваново, дата внесения сведений в реестр 09.04.2013г., государственный регистрационный номер 2133702095240, ОГРН 1023700558397, в лице _____, действующей на основании _____, имеющее Лицензию на осуществление медицинской деятельности №ЛО41-01139-37/00552167 от 18.12.2018г., выдана Департаментом здравоохранения Ивановской области, г. Иваново, Шереметевский проспект д.1, тел.+7 (4932) 59-48-20, срок действия лицензии – бессрочно, с одной стороны, и гр-н:

_____
(Ф.И.О. полностью),

именуемый в дальнейшем “Потребитель", с другой стороны, руководствуясь ГК РФ и “Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг” (Постановление Правительства РФ № 1006 от 04.10.2012г.) заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель, на возмездной основе с добровольного согласия Потребителя оказывает медицинские услуги, в соответствии с прейскурантом Исполнителя, в том числе с компенсацией стоимости затраченных медикаментов, других расходных материалов, питания, проведённых лабораторных и диагностических исследований. Исполнитель оказывает медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешённым на территории Российской Федерации, а Потребитель обязуется оплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающее качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимой для этого информации. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Потребителю, оговариваются действующим прейскурантом Исполнителя.

2. Медицинская услуга оплачивается в соответствии с расчетом стоимости оказания платных медицинских услуг. Оплата медицинских услуг по настоящему договору производится Потребителем в день оказания услуги, если иной порядок не предусмотрен соглашением сторон. Оплата услуг Исполнителя производится Потребителем в кассе ОБУЗ ИКБ им. Куваевых, подтверждением платежа является товарным чек.

3.Исполнитель обязуется:

Своевременно и качественно оказать медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора. В своей деятельности показанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты, дезинфицирующие средства, разрешённые к применению в установленном законом порядке. Обеспечить Потребителя в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг, с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Исполнителем после исполнения договора выдаются Потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

Права и обязанности Потребителя:

Потребитель обязуется надлежащим образом исполнять условия настоящего договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего договора. Потребитель имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, результатах проведённого лечения. Потребитель вправе отказаться от исполнения договора, возместив Исполнителю расходы за уже выполненную работу. Потребитель обязуется предоставить при необходимости дополнительную информацию или пройти дополнительное обследование, требующиеся для принятия экспертного решения.

4. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан. Исполнитель предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению. Исполнитель обязан при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

5. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации. Контроль за соблюдением настоящих Правил осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в рамках установленных полномочий. Стороны несут ответственность за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством.

6. Потребитель подтверждает, что ознакомлен с информацией, касающейся медицинской услуги и условий её предоставления, в полном объеме. Потребитель уведомлен, когда и в каких случаях может получить данные услуги бесплатно в рамках действующей в этом году Территориальной программы государственных гарантий на соответствующий год. Все спорные вопросы решаются путем переговоров, в случае не достижения согласия - в установленном законом порядке. Все вопросы, не урегулированные настоящим договором, решаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

7. Изменение условий договора при его исполнении допускается по соглашению Сторон в случаях, предусмотренных действующим законодательством. При изменении договора обязательства сторон сохраняются в измененном виде. Все изменения осуществляются в письменной форме. Расторжение договора допускается по соглашению Сторон, по решению суда, в случае одностороннего отказа Стороны договора от исполнения договора в соответствии с гражданским законодательством. Соглашение о расторжении договора совершается в письменной форме. При расторжении договора обязательства сторон прекращаются.

8. Настоящий договор вступает в силу с момента оплаты медицинской услуги и действует до момента исполнения обязательств по договору.

Исполнитель: ОБУЗ ИКБ им. Куваевых:
Юридический адрес: 153045, г.Иваново, ул. Ермака 52/2,
Адрес места оказания услуги: г.Иваново, ул. Ак.Мальцева,
д. 45 тел.: 37-20-72
ИНН 3729011398, ОГРН 1023700558397

_____/_____
М.П.

Потребитель:
Ф.И.О.: _____
_____

Адрес: _____

Потребитель: _____
(подпись)

Акт приема-передачи оказанных услуг от « » _____ 20___г.

Наименование услуги	Код услуги:	Стоимость (руб.)	Кратность:	Наименование услуги	Код услуги	Стоимость (руб.)	Кратность
				Итого:			

Подпись представителя Исполнителя_____Подпись Потребителя_____

Информированное добровольное согласие на получение медицинской услуги.

Я, _____

в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и Законом РФ «О защите прав потребителей» получил(а) всю интересующую меня информацию о целях, месте оказания медицинской помощи, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, связанном с этим риском, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи от медицинского работника (_____).

Меня проинформировали о мерах профилактики осложнений после лечения. Мне гарантировали, что будут приняты все необходимые меры предосторожности, а оказывать услугу (проводить лечение) будут квалифицированные специалисты. Я согласен(на) с тем, что соблюдение всех требований оказания мед. услуг не может исключить возникновения побочных эффектов и осложнений.

Я уведомлен(а), о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного плана лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

С учетом полученной мной информации, я даю свое добровольное информированное согласие на оказание медицинской услуги (проведения лечения), а также на выполнение всех манипуляций, необходимых для оказания мне услуги, предусмотренной Договором.

«___»_____20___г.

Потребитель:

_____**(подпись)**

_____

_____

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (аяся)_____
(Ф.И.О. полностью)
паспорт серия_____ номер _____ выдан _____дата выдачи _____Адрес регистрации:_____
Адрес фактического места жительства: _____
Телефон:_____

☐ являющийся(щаяся) родителем/законным представителем (далее – **Представитель пациента**) несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица (далее – **Пациент**):

_____
ФИО несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лиц

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" даю свое согласие на обработку ОБУЗ ИКБ им. Куваевых (далее – Оператор, Медицинская организация), ИНН 3729011398 КПП 370201001 ОГРН 1023700558397, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности №ЛО-37-01-001324 от 18.12.2018г., выданной Департаментом здравоохранения Ивановской области, г. Иваново, Шереметевский проспект д.1, тел.+7 (4932) 59-48-20, срок действия лицензии –бессрочно, моих персональных данных, персональных данных представляемого мной (Ф.И.О.):_____
_____
включающих:

общие персональные данные: фамилия, имя, отчество; год рождения, месяц рождения, дата рождения; место рождения; адрес места регистрации и/или адрес фактического проживания; семейное положение; образование; профессия; данные документа, удостоверяющего личность, номер контактного телефона; адрес электронной почты; сведения о трудовом стаже и трудовой деятельности; сведения о составе семьи и близких родственниках; пол; гражданство; сведения, содержащиеся в свидетельстве о постановке на учет в налоговом органе; сведения, содержащиеся в полисе обязательного медицинского страхования; сведения, содержащиеся в полисе ОМС; сведения, подтверждающие специальные права/обязанности (о воинской обязанности, о регистрации по месту жительства или пребывания, о наличии права на управление транспортным средством); сведения о состоянии здоровья, поставленных диагнозах, наличии или отсутствии заболеваний, оформляемой в процессе сбора анамнеза, проведенном или планируемом к проведению медицинском вмешательстве.

специальные категории персональных данных: состояние здоровья, национальная принадлежность и иные персональные данные, предусмотренные ч. 2. ст. 10, ст. 11 № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных», в том числе биометрические персональные данные,

для улучшения качества обслуживания и повышения безопасности, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего контроля качества и учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего контроля качества и учета Оператора.

В целях оказания услуг и осуществления внутреннего контроля качества, я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные и данные о состоянии моего здоровья в страховые медицинские организации, в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

В процессе оказания мне медицинских услуг я предоставляю право ОБУЗ ИКБ им. Куваевых передавать данные о моем здоровье (осуществлять обработку персональных данных по поручению оператора), в интересах моего обследования и лечения третьим лицам - медицинским организациям, оказывающим услуги по заключенному между мной и ОБУЗ ИКБ им. Куваевых договору на оказание платных медицинских услуг с целью возможности оказания медицинских услуг. Перечень данных медицинских организаций:

1. ООО «Ситилаб» г. Иваново, ул. 10 Августа, д. 43, офис 311;
2. ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер» г. Иваново, ул. Любимова, д. 5.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию-заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Настоящее согласие дано мной «___»_____20 __ г. и действует в течение срока хранения медицинской документации – 25 лет.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

_____

«_____»_____202_ **/_____/**

Приложение №5
к Положению по организации оказания платных медицинских
услуг и услуг медицинского сервиса в ОБУЗ ИКБ им. Куваевых
от «___»_____2023 г.

ДОГОВОР № _____

О предоставлении платной медицинской услуги.

г. Иваново «____» _____ 20___ г.

Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Ивановская клиническая больница имени Куваевых», регистрирующий орган - Инспекция Федеральной налоговой службы по г. Иваново, дата внесения сведений в реестр 09.04.2013г., государственный регистрационный номер 2133702095240, ОГРН 1023700558397, в лице _____, действующей на основании _____, имеющее Лицензию на осуществление медицинской деятельности №ЛО-37-01-001324 от 18.12.2018г., выдана Департаментом здравоохранения Ивановской области, г. Иваново, Шереметевский проспект д.1, тел.+7 (4932) 59-48-20, срок действия лицензии –бессрочно, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», с одной стороны и:_____ _____, дата рождения: _____, паспорт: серия _____№_____, тел._____ именуемый в дальнейшем **«Потребитель»** с другой стороны, заключили настоящий договор о следующем:

1. Предмет договора:

1.1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель, на возмездной основе с добровольного согласия Потребителя оказывает медицинские услуги:
_____
_____
_____
_____, в соответствии с прейскурантом Исполнителя, в том числе с компенсацией стоимости затраченных медикаментов, других расходных материалов, питания, проведённых лабораторных и диагностических исследований.

1.2. Исполнитель оказывает медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешённым на территории Российской Федерации, а Потребитель обязуется оплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающее качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимой для этого информации.

1.3. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Потребителю, оговариваются действующим прейскурантом Исполнителя.

2. Цена договора:

2.1. Медицинская услуга оплачивается в соответствии с расчетом стоимости оказания платных медицинских услуг. Стоимость медицинских услуг составляет:_____ **(_____)** Приложение №1 (по желанию потребителя), к Договору.

2.2. Оплата медицинских услуг по настоящему договору производится Потребителем в день оказания услуги, если иной порядок не предусмотрен соглашением сторон.

2.3. Оплата услуг Исполнителя производится Потребителем в кассе ОБУЗ ИКБ им. Куваевых, подтверждением платежа является контрольно-кассовый чек.

3. Права и обязанности сторон:

3.1.Исполнитель обязуется:

3.1.1. Своевременно и качественно оказать медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора

3.1.2. В своей деятельности показанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты, дезинфицирующие средства, разрешённые к применению в установленном законом порядке.

3.1.3. Обеспечить Потребителя в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг, с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг.

3.1.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.1.5. Исполнителем после исполнения договора выдаются Потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

3.2.Права и обязанности Потребителя:

3.2.1. Потребитель обязуется надлежащим образом исполнять условия настоящего договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего договора.

3.2.2. Потребитель имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, результатах проведённого лечения.

3.2.3. Потребитель вправе отказаться от исполнения договора, возместив Исполнителю расходы за уже выполненную работу.
3.2.4. Потребитель обязуется предоставить при необходимости дополнительную информацию или пройти дополнительное обследование, требующиеся для принятия экспертного решения.

4. Порядок предоставления платных медицинских услуг:

4.1. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.
В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.
4.2. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.
4.3. Исполнитель предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:
о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.
4.4. Исполнитель обязан при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

5. Ответственность сторон:

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.
5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
5.3. Контроль за соблюдением настоящих Правил осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в рамках установленных полномочий.
5.4. Стороны несут ответственность за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством.

6. Прочие условия:

6.1. Потребитель подтверждает, что ознакомлен с информацией, касающейся медицинской услуги и условий её предоставления, в полном объеме. Потребитель уведомлен, когда и в каких случаях может получить данные услуги бесплатно в рамках действующей в этом году Территориальной программы государственных гарантий на соответствующий год.
6.2.Все спорные вопросы решаются путем переговоров, в случае не достижения согласия - в установленном законом порядке.
6.3.Все вопросы, не урегулированные настоящим договором, решаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
6.4.Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

7. Срок действия договора

7.1.Настоящий договор вступает в силу с момента оплаты медицинской услуги и действует до момента исполнения обязательств по договору.
7.2. Изменение условий договора при его исполнении допускается по соглашению Сторон в случаях, предусмотренных действующим законодательством. При изменении договора обязательства сторон сохраняются в измененном виде. Все изменения осуществляются в письменной форме.
7.3. Расторжение договора допускается по соглашению Сторон, по решению суда, в случае одностороннего отказа Стороны договора от исполнения договора в соответствии с гражданским законодательством. Соглашение о расторжении договора совершается в письменной форме. При расторжении договора обязательства сторон прекращаются.

8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ПОТРЕБИТЕЛЬ:	ИСПОЛНИТЕЛЬ:
Ф.И.О._____	ОБУЗ ИКБ им. Куваевых
_____	153025, г. Иваново, ул. Ермака, д. 52/2
_____	ИНН 3729011398 КПП 370201001
_____	ОГРН 1023700558397
	ЕКС: 40102810645370000025 Отделение Иваново Банка
дата рождения: _____	России//УФК по Ивановской области г.Иваново
паспорт: серия _____ №_____	БИК 012406500
выдан:_____	КС 03224643240000003300
_____	Получатель: Департамент финансов Ивановской области
Регистрация:_____	(ОБУЗ ИКБ им. Куваевых л/с **20336У95800**)
_____	КБК 00000000000000000130
Потребитель:	**_____:**
_____/_____/	_____/_____/

Согласие на получение медицинских услуг на платной основе.

Я, _____
проинформирован(а) о возможности получения медицинских услуг, предусмотренных Договором на предоставление платных медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее соответственно – программа, территориальная программа) без взимания платы в любых медицинских учреждениях, оказывающих данные услуги в соответствии с программой и территориальной программой.

«_____»_____20___г.

_____(подпись)

Информированное добровольное согласие на получение медицинской услуги.

Я, _____

в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и Законом РФ «О защите прав потребителей» получил(а) всю интересующую меня информацию о целях, месте оказания медицинской помощи, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, связанном с этим риском, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи от медицинского работника (_____).
Меня проинформировали о мерах профилактики осложнений после лечения. Мне гарантировали, что будут приняты все необходимые меры предосторожности, а оказывать услугу (проводить лечение) будут квалифицированные специалисты. Я согласен(на) с тем, что соблюдение всех требований оказания мед. услуг не может исключить возникновения побочных эффектов и осложнений.
Я уведомлен(а), о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного плана лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
С учетом полученной мной информации, я даю свое добровольное информированное согласие на оказание медицинской услуги (проведения лечения), а также на выполнение всех манипуляций, необходимых для оказания мне услуги, предусмотренной Договором.

«___»_____20___г.

_____(подпись)

Потребитель:

_____

_____

_____

_____

_____

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (аяся)_____
(Ф.И.О. полностью)
паспорт серия_____ номер _____ выдан _____дата выдачи
_____Адрес регистрации:_____
Адрес фактического места жительства: _____
Телефон:_____

☐ являющийся(щаяся) родителем/законным представителем (далее – **Представитель пациента**) несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица (далее – **Пациент**):
_____
ФИО несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лиц

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" даю свое согласие на обработку ОБУЗ ИКБ им. Куваевых (далее – Оператор, Медицинская организация), ИНН 3729011398 КПП 370201001 ОГРН 1023700558397, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности №ЛО-37-01-001324 от 18.12.2018г., выданой Департаментом здравоохранения Ивановской области, г. Иваново, Шереметевский проспект д.1, тел.+7 (4932) 59-48-20, срок действия лицензии –бессрочно, моих персональных данных, персональных данных представляемого мной (Ф.И.О.):_____
_____
включающих:

общие персональные данные: фамилия, имя, отчество; год рождения, месяц рождения, дата рождения; место рождения; адрес места регистрации и/или адрес фактического проживания; семейное положение; образование; профессия; данные документа, удостоверяющего личность, номер контактного телефона; адрес электронной почты; сведения о трудовом стаже и трудовой деятельности; сведения о составе семьи и близких родственниках; пол; гражданство; сведения, содержащиеся в свидетельстве о постановке на учет в налоговом органе; сведения, содержащиеся в полисе обязательного медицинского страхования; сведения, содержащиеся в полисе ОМС; сведения, подтверждающие специальные права/обязанности (о воинской обязанности, о регистрации по месту жительства или пребывания, о наличии права на управление транспортным средством); сведения о состоянии здоровья, поставленных диагнозах, наличии или отсутствии заболеваний, оформляемой в процессе сбора анамнеза, проведенном или планируемом к проведению медицинском вмешательстве.

специальные категории персональных данных: состояние здоровья, национальная принадлежность и иные персональные данные, предусмотренные ч. 2. ст. 10, ст. 11 № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных», в том числе биометрические персональные данные,

для улучшения качества обслуживания и повышения безопасности, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего контроля качества и учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего контроля качества и учета Оператора.

В целях оказания услуг и осуществления внутреннего контроля качества, я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные и данные о состоянии моего здоровья в страховые медицинские организации, в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

В процессе оказания мне медицинских услуг я предоставляю право ОБУЗ ИКБ им. Куваевых передавать данные о моем здоровье (осуществлять обработку персональных данных по поручению оператора), в интересах моего обследования и лечения третьим лицам - медицинским организациям, оказывающим услуги по заключенному между мной и ОБУЗ ИКБ им. Куваевых договору на оказание платных медицинских услуг с целью возможности оказания медицинских услуг. Перечень данных медицинских организаций:

1. ООО «Ситилаб» г. Иваново, ул. 10 Августа, д. 43, офис 311;
2. ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер» г. Иваново, ул. Любимова, д. 5.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию-заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Настоящее согласие дано мной «___»_____20 __ г. и действует в течение срока хранения медицинской документации – 25 лет.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

«_____»_____202_ **/_____/**

Приложение №6
к Положению по организации оказания платных медицинских
услуг и услуг медицинского сервиса в ОБУЗ ИКБ им. Куваевых
от «___»_____2023 г

Контракт на оказание услуг
по проведению предварительных (периодических) медицинских осмотров №_____

ИКЗ:

г. Иваново

_____г.

Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Ивановская клиническая больница имени Куваевых», регистрирующий орган - Инспекция Федеральной налоговой службы по г. Иваново, дата внесения сведений в реестр 09.04.2013г., государственный регистрационный номер 2133702095240, ОГРН 1023700558397, в лице_____ _____, действующего на основании _____, имеющее Лицензию на осуществление медицинской деятельности №ЛО-37-01-001324 от 18.12.2018г., выдана Департаментом здравоохранения Ивановской области, г. Иваново, Шереметевский проспект д.1, тел.+7 (4932) 59-48-20, срок действия лицензии – бессрочно, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и **_____,** в лице _____, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Заказчик», с другой Стороны, заключили настоящий Контракт (далее – Контракт) в соответствии с п.5 ч.1 ст.93 Федерального закона № 44-ФЗ от 05.04.2013г. «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» о нижеследующем:

1. Предмет Контракта.

1.1. Исполнитель обязуется **оказать услуги по проведению обязательных периодических медицинских осмотров** по Приказу Минздрава РФ от 28.01.2021 г. №29Н «Об утверждении порядка проведения 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», (далее – услуги) Заказчику на условиях, в порядке и в сроки, определяемые Сторонами в Контракте, а Заказчик обязуется обеспечить приемку и оплату оказанных услуг.

1.2. Количество человек, проходящих медицинский осмотр – _____ **чел**.

1.3. Требования, предъявляемые к услугам, оказываемым в рамках настоящего Контракта, а также функциональные, технические, качественные характеристики услуги объем, содержание, и другие условия оказания услуг определяются Техническим заданием (Приложение № 1 к Контракту), являющимся неотъемлемой частью Контракта.

1.4. При исполнении Контракта по согласованию Заказчика с Исполнителем допускается оказание услуг, качество, технические и функциональные характеристики (потребительские свойства) которых являются улучшенными по сравнению с качеством и такими техническими и функциональными характеристиками услуг, указанными в Контракте.

2.Цена, порядок и сроки оплаты оказанных услуг.

2.1. Цена Контракта составляет **_____ (_____) рублей 00 копеек.** НДС не облагается.

2.2.Цена включает в себя все расходы, связанные с исполнением Контракта, в том числе расходы по проведению предварительных профилактических медицинских осмотров по Приказу Минздрава РФ от 28.01.2021 г. №29Н «Об утверждении порядка проведения 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», транспортные расходы, налоги, сборы и другие обязательные платежи, связанные с исполнением услуги.

2.3. Цена Контракта является твердой и определяется на весь срок исполнения Контракта.

2.4. Цена Контракта может быть снижена по соглашению Сторон без изменения предусмотренных Контрактом объема, качества услуг и иных условий Контракта.

2.5. Оплата оказанных услуг производится в безналичной форме путём перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя в течение 7 (семи) рабочих дней с даты выставления счета и/или счет-фактуры Исполнителя, акта оказанных услуг, подтверждающего оказание услуг Исполнителем. Заказчик обязан в течение 5 (Пяти) календарных дней подписать акт оказанных услуг. Платежи Заказчиком производятся на основании счета и/или счет-фактуры Исполнителя, акта оказанных услуг, подтверждающего оказание услуг Исполнителем.

2.6. Валютой платежа является российский рубль.

2.7. Все расчеты с Исполнителем производит Заказчик.

3. Обязанности Сторон

3.1. *Заказчик обязуется*:

3.1.1. Обеспечить приемку услуг по качеству и объему услуг в соответствии с требованиями, установленными Контрактом.

3.1.2. В случаях, предусмотренных законодательством о контрактной системе, для проверки предоставленных Исполнителем результатов, предусмотренных Контрактом, в части их соответствия условиям Контракта, провести экспертизу.

3.1.3. Своевременно предоставлять Исполнителю необходимую для выполнения обязательств информацию.

3.1.4.В течение 10 (Десяти) календарных дней со дня оказания услуги уведомить Исполнителя о несоответствии услуг по качеству, условиям Контракта, которые невозможно было обнаружить в момент приемки.

3.1.5. Оплатить оказанные услуги в порядке, предусмотренном Контрактом.

3.1.6. Своевременно в письменной форме сообщать Исполнителю об обнаруженных недостатках.

3.2. *Исполнитель обязуется*:

3.2.1. Оказать Заказчику услуги в порядке и на условиях Контракта.

3.2.2. Своевременно предоставлять достоверную информацию о ходе исполнения своих обязательств по Контракту, в том числе о сложностях, возникающих при исполнении Контракта, а также к установленному Контрактом сроку обязан предоставить Заказчику результаты оказания услуг, предусмотренного Контрактом.

3.3. *Заказчик вправе*:

3.3.1. Требовать от Исполнителя надлежащего выполнения обязательств в соответствии с Контрактом, а также требовать своевременного устранения выявленных недостатков.

3.3.2. Определять лиц, непосредственно участвующих в контроле за ходом исполнения Исполнителем обязательств по Контракту и (или) лиц, участвующих в сдаче-приемке исполненных обязательств по Контракту.

3.3.3. Осуществлять контроль за ходом оказания услуг Исполнителем по Контракту.

3.3.4. Заказчик вправе не отказывать в приемке оказанных услуг в случае выявления несоответствия этих услуг условиям Контракта.

3.3.5. Создать приемочную комиссию, состоящую не менее чем из пяти человек, для приемки оказываемых услуг.

3.3.6. Провести экспертизу для проверки предоставленных Исполнителем результатов, предусмотренных Контрактом, в части их соответствия условиям Контракта.

3.4. *Исполнитель вправе*:

3.4.1. Требовать от Заказчика оплаты за оказанные услуги в соответствии с Техническим заданием (приложение №1 к Контракту), Протоколом согласования цены (Приложение №2 к Контракту), Расчетом цены Контракта (Приложения №3 к Контракту) и в сроки, установленные настоящим контрактом.

3.5.При исполнении Контракта не допускается перемена Исполнителя, за исключением случая, если новый исполнитель является правопреемником Исполнителя по Контракту вследствие реорганизации юридического лица в форме преобразования, слияния или присоединения.

4. Порядок и сроки оказания услуг

4.1. Срок оказания услуг: с даты заключения Контракта до полного исполнения контракта.

4.2. Место оказания услуг: по месту нахождения Исполнителя, 153025, г. Иваново, ул. Мальцева, д.45, отделение профилактических осмотров.

4.3. Датой оказания услуг является дата подписания Заказчиком акта приема оказанных услуг, подтверждающего оказание услуг Исполнителем.

5. Порядок и сроки приемки оказанных услуг

5.1. Приемка оказанных услуг осуществляется Заказчиком и оформляется «Актом приема оказанных услуг», подписанным обеими Сторонами.

5.2. При обнаружении дефектов оказываемых услуг Исполнитель обязан устранить их за свой счет, в согласованные с Заказчиком сроки. Для согласования акта, фиксирующего дефекты, и согласования порядка и сроков их устранения, Исполнитель обязан направить своего представителя не позднее 5(пяти) рабочих дней с

даты получения письменного извещения Заказчика.

5.3. Приемочный контроль качества оказанных услуг производится представителями Заказчика.

5.3.3. «Акт приема оказанных услуг» составляется в двух экземплярах и служит основанием, подтверждающим объем оказанных услуг Исполнителем.

5.4. При возникновении между Заказчиком и Исполнителем спора по поводу недостатков результата услуги или их причин по требованию любой из Сторон должна быть назначена экспертиза. Расходы на экспертизу несет Исполнитель, за исключением случаев, когда экспертизой установлено отсутствие нарушений Исполнителем Контракта или причинной связи между действиями Исполнителя и обнаруженными недостатками. В указанных случаях расходы на экспертизу несет Сторона, потребовавшая назначения экспертизы, а если она назначена по соглашению между Сторонами, обе Стороны поровну.

5.5. Риск случайной гибели или случайного повреждения результата оказанной услуги до его приемки Заказчиком несет Исполнитель.

5.6. При просрочке передачи или приемки результата услуги риски случайной гибели или случайного повреждения материалов, оборудования, а также результата оказанной услуги несет Сторона, допустившая просрочку.

5.7. Заказчик, принявший услугу без проверки, лишается права ссылаться на недостатки услуги, которые могли быть установлены при приемке.

5.8. При оказании услуг Исполнитель предоставляет следующие документы в двух экземплярах: счета и акты приема оказанных услуг с обязательной ссылкой на номер Контракта и иные необходимые документы.

6. Качество услуг

6.1.Услуги должны быть оказаны в соответствии с Техническим заданием (Приложение №1).

6.2. Качество услуг должно соответствовать требованиям, установленным законодательством Российской Федерации:

- ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года
- ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» от 4 мая 2011 года
- Приказ Минздрава РФ от 28.01.2021 г. №29Н «Об утверждении порядка проведения 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»
- ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ (в действующей редакции);

6.3. Гарантия качества предоставления медицинской услуги – 100%.

7. Ответственность Сторон

7.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, предусмотренных Контрактом, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Размер штрафа устанавливается Контрактом в порядке, установленном пунктами 3 – 9 Правил, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.08.2017 № 1042, в том числе рассчитываемой как процент цены Контракта, или в случае, если Контрактом предусмотрены этапы исполнения Контракта, как процент этапа исполнения Контракта (далее - цена Контракта (этапа)).

За каждый факт неисполнения или ненадлежащего исполнения Исполнителем обязательств, предусмотренных Договором, за исключением просрочки исполнения обязательств (в том числе гарантийного обязательства), предусмотренных Договором, размер штрафа составляет 10% цены Договора.

За каждый факт неисполнения или ненадлежащего исполнения Исполнителем обязательства, предусмотренного Договором, которое не имеет стоимостного выражения, размер штрафа устанавливается (при наличии в Контракте таких обязательств) – 1 000,00 (Одна тысяча) рублей 00 копеек.

Общая сумма начисленных штрафов за неисполнение или ненадлежащее исполнение Исполнителем обязательств, предусмотренных Договором, не может превышать цену Договора.

За каждый факт неисполнения Заказчиком обязательств, предусмотренных Договором, за исключением просрочки исполнения обязательств, предусмотренных Договором, размер штрафа устанавливается – 1 000,00 (Одна тысяча) рублей 00 копеек.

Общая сумма начисленных штрафов за ненадлежащее исполнение Заказчиком обязательств, предусмотренных Договором, не может превышать цену Договора.

7.3. Пени начисляются за каждый день просрочки исполнения Исполнителем обязательства, предусмотренного Договором, в размере одной трехсотой действующей на дату уплаты пени ключевой ставки Центрального банка Российской Федерации от цены Договора, уменьшенной на сумму, пропорциональную объему обязательств, предусмотренных Договором и фактически исполненных Исполнителем.

7.4. В случае просрочки исполнения Заказчиком обязательств, предусмотренных Договором, а также в иных случаях неисполнения или ненадлежащего исполнения Заказчиком обязательств, предусмотренных Договором, Исполнитель вправе потребовать уплаты неустоек (штрафов, пеней).

Пени начисляются за каждый день просрочки исполнения обязательства, предусмотренного Договором, начиная со дня, следующего после дня истечения установленного Договором срока исполнения обязательства. Такие пени устанавливаются в размере одной трехсотой действующей на дату уплаты пени ключевой ставки Центрального банка Российской Федерации от не уплаченной в срок суммы.

7.5. При наличии оснований, предусмотренных пунктами 7.2., 7.3., 7.4 Договора, одна Сторона направляет другой Стороне претензию об уплате штрафных санкций за ненадлежащее исполнение обязательств по Договору.

7.6. Сумма штрафных санкций, установленных в соответствии с пунктами 7.2., 7.3., 7.4. Договору, перечисляется одной Стороной в течение 10 дней с момента получения соответствующей претензии от другой Стороны по реквизитам, указанным в претензии. Датой признания и оплаты неустойки считается день зачисления денежных средств на счет, указанный в претензии.

7.7. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательства, предусмотренного Договору, Заказчик вправе произвести оплату по контракту за вычетом соответствующего размера неустойки (штрафа, пени). При этом заключение Заказчиком и Исполнителем дополнительного соглашения к Контракту не требуется.

7.8. Сторона освобождается от уплаты неустойки (штрафа, пени), если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательства, предусмотренного Контрактом, произошло вследствие непреодолимой силы или по вине другой Стороны.

7.9. Уплата штрафных санкций не освобождает Стороны от обязанности исполнить свои обязательства, вытекающие из Контракта.

7.10. Меры ответственности Сторон, не предусмотренные Контрактом, применяются в соответствии с нормами гражданского законодательства, действующего на территории Российской Федерации.

7.11. Сторона, для которой в связи с названными обстоятельствами создалась невозможность выполнения своих обязательств по Контракту, в 3-дневный срок письменно извещает другую Сторону о невозможности выполнения обязательств по Контракту с указанием причин.

8. Заключительные положения

8.1. Контракт вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до его полного исполнения**.**

8.2. Изменение существенных условий Контракта при его исполнении не допускается, за исключением их изменения по соглашению Сторон в случаях, предусмотренных действующим законодательством. При изменении Контракта обязательства сторон сохраняются в измененном виде. Все изменения осуществляются в письменной форме.

8.3. Расторжение Контракта допускается по соглашению Сторон, по решению суда, в случае одностороннего отказа Стороны Контракта от исполнения Контракта в соответствии с гражданским законодательством. Соглашение о расторжении Контракта совершается в письменной форме. При расторжении Контракта обязательства сторон прекращаются.

8.4. Заказчик вправе принять решение об одностороннем отказе от исполнения Контракта по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации для одностороннего отказа от исполнения отдельных видов обязательств.

8.5. Расторжение Контракта не освобождает Стороны от ответственности, установленной Контрактом.

8.6. Претензионный порядок досудебного урегулирования споров, вытекающих из Контракта, является для Сторон обязательным.

8.7. Претензионные письма направляются Сторонами нарочным либо заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении последнего адресату по местонахождению Сторон, указанному в разделе 9 Контракта. Допускается направление Сторонами претензионных писем иными способами: по факсу и электронной почте, экспресс-почтой.

8.8. Срок рассмотрения претензионного письма и направления ответа на него составляет 5 (Пять) рабочих дней со дня получения последнего адресатом.

8.9. Все споры и разногласия по Контракту передаются на рассмотрение в Арбитражный суд Ивановской области

8.10. Контракт составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

9. Место нахождения, почтовый адрес и реквизиты сторон:

ИСПОЛНИТЕЛЬ: Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Ивановская клиническая больница имени Куваевых» (ОБУЗ ИКБ им. Куваевых)

Место нахождения: 153025, г. Иваново, ул. Ермака, д. 52/2

Почтовый адрес: 153025, г. Иваново, ул. Ермака, д. 52/2
Банковские реквизиты: ИНН 3729011398, КПП 370201001, ЕКС 40102810645370000025,
КС 03224643240000003300 в Отделение Иваново Банка России//УФК по Ивановской области
г. Иваново
Получатель: Департамент финансов Ивановской области (ОБУЗ ИКБ им. Куваевыхл/с 20336У95800)
БИК 012406500, КБК 00000000000000000130, тел. 33-40-02, 37-20-72,
E-mail:igb2@ivreg.ru, opo.kuvaevyh@yandex.ru

ЗАКАЗЧИК:_____
(_____)
Место нахождения: _____
Почтовый адрес: _____
Банковские реквизиты: ИНН _____, КПП _____, _____. Банк: _____.
Номер банковского счета, входящего в состав ЕКС: _____.
Номер казначейского счета: _____, БИК _____.
Тел. _____, факс _____, e-mail: _____

ИСПОЛНИТЕЛЬ:	**ЗАКАЗЧИК:**
_____–	_____ –
_____/_____/	_____ /_____/
м.п.	**м.п.**

Приложение № 1
к Контракту на оказание услуг
№ __ от _____г.

ТЕХНИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ:

Медицинские услуги оказываются на основании:

- ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года
- ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» от 4 мая 2011 года
- Приказ Минздрава РФ от 28.01.2021 г. №29Н «Об утверждении порядка проведения 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»
- ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ (в действующей редакции).

ИСПОЛНИТЕЛЬ:	**ЗАКАЗЧИК:**
_____ _	_____ _
_____/_____/	_____ /_____/
м.п.	**м.п.**

Приложение №2
к Контракту на оказание услуг
№ ____ от _____г.

ПРОТОКОЛ

согласования договорной цены

г. Иваново _____ г.

_____ в лице _____, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «**ЗАКАЗЧИК**», с одной стороны, и **Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Ивановская городская клиническая больница имени Куваевых»,** в лице _____, действующего на основании _____, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО-37-01-001324 от 18.12.2018г., в том числе в части осуществления медицинских работ и услуг по предварительным и периодическим медицинским осмотрам, с другой стороны, вместе именуемые Стороны, настоящим удостоверяют, что Стороны согласовали договорную цену за одно исследование:

№ п/п	Наименование услуги	Стоимость, руб.

Настоящий Протокол является основанием для определения стоимости медицинского осмотра конкретного работника и для осуществления расчетов между сторонами в рамках Контракта проведения обязательного медицинского осмотра работников в _____ г.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

_____ –

_____/_____/

м.п.

ЗАКАЗЧИК:

_____ –

_____ /_____/

м.п.

Приложение № 3
к Контракту на оказание услуг
№ _____ от _____г.

РАСЧЕТ СТОИМОСТИ КОНТРАКТА:

№ п/п	Наименование услуги	Стоимость, руб.	Кратность	Сумма, руб.
ИТОГО				

Настоящий расчет является основанием для проведения взаимных расчетов между сторонами.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:
_____ –

_____/_____/
м.п.

ЗАКАЗЧИК:
_____ –

_____ /_____/
м.п.