**Д О Г О В О Р № \_\_\_/22**

**на оказание медицинских услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Челябинск  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г. |

**Акционерное общество «Медицинский центр «Гиппократ»**, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»** в лице директора Крутасовой Натальи Валериановны, действующего на основании Устава и Лицензии № ЛО-74-01-004634 от 20.06.2018 г, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем **«Заказчик»** в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ действующего на основании Устава, с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**
	1. **Заказчик** поручает, а **Исполнитель** принимает на себя обязательства оказать медицинские услуги работникам **Заказчика**, указанные в пункте 1.2 Договора, а **Заказчик** обязуется оплатить эти медицинские услуги в сроки и в порядке, которые указаны в пункте 3.1. Договора.
	2. **Исполнитель** обязуется проводить периодические медицинские осмотры и обследования работников **Заказчика** из числа категории лиц, подлежащих медицинским осмотрам в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 28.01.2021 г. № 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»
	3. Место оказания медицинских услуг: г. Челябинск, Свердловский проспект,41-Б.
	4. Оказанные услуги оформляются актом приема - сдачи.
	5. Срок оказания услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
2. **Права и обязанности сторон**
	1. **Права сторон:**
		1. **Исполнитель** вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору лишь при условии оплаты **Заказчику** фактически понесенных им расходов.
		2. **Исполнитель** вправе привлекать для исполнения настоящего договора третьих лиц.
		3. **Заказчик** вправе отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты **Исполнителю** фактически понесенных им расходов.
		4. В случае, когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, **Заказчик** возмещает **Исполнителю** фактически понесенные им расходы, если иное не предусмотрено законом.
	2. **Обязанности сторон**

**Исполнитель обязан:**

* + 1. обеспечить организацию оказания медицинских услуг по Договору согласно графику работы **Исполнителя** (Приложение № 2);
		2. Своевременно, в соответствующем объеме и с надлежащим качеством оказывать медицинские услуги;
		3. Выдавать работникам **Заказчика** медицинское заключение по результатам периодического медицинского осмотра наличии или отсутствии у работника медицинского противопоказания к работе или вносить результаты медицинского осмотра в личную медицинскую книжку.

**Заказчик обязан:**

* + 1. Получить от лиц, подлежащих периодическому и/или предварительному медицинскому осмотру (субъектов персональных данных) письменное согласие на обработку его персональных данных при проведении медицинского осмотра, обследования.

Обработка включает: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также любых иных действий с учетом действующего законодательства

* + 1. Предоставить **Исполнителю** в 2-х экземплярах поименный в алфавитном порядке список лиц и направление, подлежащих предварительному и/или периодическому медицинскому осмотру.

Список и направление должны содержать следующую информацию: фамилия, имя, отчество, год рождения, место жительства, должности, вредные и (или) опасные производственные факторы работника **Заказчика**, должен быть заверен руководителем организации или его уполномоченным представителем. (Приложение № 3).

Обеспечить своевременную и организованную явку работников на медицинские осмотры и обследования. Проверить наличие у каждого сотрудника флюорографии с результатом обследования текущего года.

* + 1. Осуществлять контроль соблюдения сроков прохождения периодических медицинских осмотров.
		2. **На Заказчика возлагается ответственность за допуск к работе лиц не прошедших предварительный или периодический медицинский осмотр.**
		3. Подписать акт приема - сдачи оказанных медицинских услуг и вернуть один экземпляр **Исполнителю** в течение десяти календарных дней с момента получения акта.

2.2.9 Стороны договорились, что в процессе исполнения условий настоящего Договора будут осуществлять постоянную связь посредством обмена корреспонденцией, которая может направляться с использованием средств: а) факсимильной связи с обязательным подтверждением получения в тот же день путем возврата копии запроса с пометкой «получено» и указанием даты получения и подписью лица, принявшего запрос (подписи уполномоченных представителей сторон в такой переписке имеют силу собственноручных); б) по электронной почте с обязательным подтверждением получения в тот же день путем ответа на электронное сообщение (с приложением копии запроса) с пометкой «получено» и указанием даты получения. Автоматическое уведомление программными средствами о получении электронного сообщения по электронной почте, полученное любой из Сторон, считается аналогом такого подтверждения.

2.2.10. Сообщения направляются по следующим телефонам и электронным адресам: а) в адрес АО «МЦ «Гиппократ» по тел./факсу (351) 790-82-99 и по e-mail: gippokrat-dogovor@mail.ru; gippokrat-buh@mail.ru; б) в адрес МАОУ «СОШ № 59 Г. ЧЕЛЯБИНСКА» по тел./факсам \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и по e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Все уведомления и сообщения, отправленные Сторонами друг другу по вышеуказанным адресам электронной почты и/или по телефонным номерам, признаются Сторонами официальной перепиской в рамках настоящего Договора.

2.2.11. Датой передачи соответствующего сообщения считается день отправления факсимильного сообщения или сообщения электронной почты. 3.4. Ответственность за получение сообщений и уведомлений вышеуказанным способом лежит на получающей Стороне. Сторона, направившая сообщение, не несет ответственности за задержку доставки сообщения, если такая задержка явилась результатом неисправности систем связи, действия/бездействия провайдеров или иных форс-мажорных обстоятельств.

1. **Цена договора и порядок расчетов**

### **Заказчик** производит оплату фактически оказанных медицинских услуг **Исполнителя.** Оплата услуг производится **Заказчиком** путем перечисления денежных средств на расчетный счетв течение 10-ти дней после подписания акта  **Исполнителя** в соответствии с прейскурантом, действующим на момент оплаты. Медицинские услуги освобождены от НДС.

### В целях своевременности и полноты оплаты **Исполнитель** обязан направить в адрес **Заказчика** счет.

### 3.3. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых работникам **Заказчика** определены в Прейскуранте на медицинские услуги. Прейскурант прилагается и является неотъемлемой частью Договора (Приложение № 1).

### Прейскурант на медицинские услуги может быть пересмотрен **Исполнителем** в одностороннем порядке. В случае изменения стоимости медицинских услуг измененный Прейскурант предоставляется **Исполнителем** за месяц до перечисления оплаты услуг.

* 1. В случае, если **Заказчик** не подпишет акт приема - сдачи оказанных медицинских услуг или не напишет мотивированный отказ в течение 10-ти дней с момента получения акта приема - сдачи оказанных медицинских услуг, указанный в пункте 2.2.8 настоящего Договора, услуги считаются оказанными должным образом, с надлежащим качеством и в установленный срок.
1. **Ответственность**
	1. **Исполнитель** несет ответственность перед **Заказчиком** за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики, несоблюдение требований конфиденциальности и обеспечения безопасности при обработке персональных данных, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, в том числе с Федеральным законом «О защите прав потребителей», Федеральным законом «О персональных данных».
	2. Ответственность **Заказчика** по настоящему Договору определяется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
2. **Срок действия договора**
	1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания. Срок действия договора до 31 декабря 2022 г.
	2. В случае если в срок не позднее 15 дней до окончания срока действия Договора ни одна из сторон письменно не заявит о нежелании продолжать сотрудничество в рамках настоящего Договора, действие Договора автоматически продлевается каждый раз на один год на тех же условиях. Количество пролонгаций, таким образом, может быть неограниченное количество раз.
3. **Порядок разрешения споров**

6.1. Взаимоотношения сторон, не предусмотренные настоящим Договором, регулируются действующим гражданским законодательством.

6.2. Споры, возникающие между сторонами в период действия настоящегоДоговора, разрешаются путем переговоров.

6.3. Претензионный порядок досудебного урегулирования споров является обязательным.

 Срок ответа на претензию составляет 10 дней с момента ее получения стороной.

6.4. При недостижении согласия между сторонами, споры передаются на разрешение Арбитражного суда Челябинской области.

1. **Прочие условия**

7.1. Договор может быть изменен и/или дополнен по соглашению сторон. Все изменения и дополнения настоящего Договора оформляются в виде дополнительных соглашений в письменной форме и подписываются сторонами. Дополнительные соглашения являются неотъемлемойчастью Договора.

Односторонние изменения условий Договора не допускаются.

7.2 Стороны достигли соглашения о том, что при исполнении настоящего договора, проценты, предусмотренные ст. 317.1 ГК РФ, не начисляются.

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

1. **Адреса сторон, реквизиты и подписи сторон**

**Исполнитель: Заказчик:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Акционерное общество «Медицинский центр «Гиппократ»АО «МЦ «Гиппократ»454084, г. Челябинск, Свердловский пр. д.41-БТел. (351) 790-82-99E-mail: gippokrat-dogovor@mail.ruОКПО 21509564ОКАТО 75401364000ОКОПФ 47ИНН/КПП 7447115131/744701001р/сч. 40702810000030009335 в ПАО «Челябинвестбанк» г. ЧелябинскБИК 047501779 к/сч 30101 810400000000779 |  | \_\_\_\_Тел. E-mail: ОКПО ОГРН ИНН КПП р/сч БИК к/сч  |
|  / Крутасова Н.В./ М.П. |  |  /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ М.П. |

 Официально назначенный представитель заказчика:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение № 1

к Договору № \_\_\_/22 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г.

на оказание медицинских услуг

**ПРЕЙСКУРАНТ**

**АО «МЦ «Гиппократ»**

**для \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **25 Работы в организациях, деятельность которых связана с воспитанием и обучением детей, До 40, М, периодический** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **№** | **Наименование** | **Единица измерения** | **Количество** | **Цена за единицу, руб. (НДС не предусмотрен)** | **Цена со скидкой, руб. (НДС не предусмотрен)** | **Сумма, руб. (НДС не предусмотрен)** | **Сумма со скидкой, руб. (НДС не предусмотрен)** |
|  | 1 | Взятие крови из вены вакуумной системой | чел | 1 | 40,00 | 24,00 | 40,00 | 24,00 |
|  | 2 | Выписка из медицинской карты | чел | 1 | 100,00 | 60,00 | 100,00 | 60,00 |
|  | 3 | Измерение артериального давления | чел | 1 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
|  | 4 | Исследование крови на сифилис (РМП) | чел | 1 | 120,00 | 66,00 | 120,00 | 66,00 |
|  | 5 | Исследование уровня глюкозы в крови | чел | 1 | 100,00 | 57,00 | 100,00 | 57,00 |
|  | 6 | Исследование уровня общего холестерина в крови | чел | 1 | 100,00 | 57,00 | 100,00 | 57,00 |
|  | 7 | Исследования на гельминтозы | чел | 1 | 200,00 | 120,00 | 200,00 | 120,00 |
|  | 8 | Клинический анализ мочи (удельный вес, белок, сахар, микроскопия осадка и др.) | чел | 1 | 100,00 | 60,00 | 100,00 | 60,00 |
|  | 9 | Общий анализ крови (гемоглобин, цветной показатель, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ и др) | чел | 1 | 250,00 | 120,00 | 250,00 | 120,00 |
|  | 10 | Определение относительного сердечно-сосудистого риска | чел | 1 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
|  | 11 | Опрос (анкетирование) | чел | 1 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
|  | 12 | Профилактический осмотр врача - дерматовенеролога | чел | 1 | 120,00 | 60,00 | 120,00 | 60,00 |
|  | 13 | Профилактический осмотр врача - невролога | чел | 1 | 120,00 | 60,00 | 120,00 | 60,00 |
|  | 14 | Профилактический осмотр врача - оториноларинголога | чел | 1 | 120,00 | 60,00 | 120,00 | 60,00 |
|  | 15 | Профилактический осмотр врача - профпатолога | чел | 1 | 120,00 | 60,00 | 120,00 | 60,00 |
|  | 16 | Профилактический осмотр врача - стоматолога | чел | 1 | 120,00 | 60,00 | 120,00 | 60,00 |
|  | 17 | Профилактический осмотр врача - терапевта | чел | 1 | 150,00 | 78,00 | 150,00 | 78,00 |
|  | 18 | Профилактический осмотр врача психиатра | чел | 1 | 200,00 | 90,00 | 200,00 | 90,00 |
|  | 19 | Профилактический осмотр врача психиатра - нарколога | чел | 1 | 200,00 | 90,00 | 200,00 | 90,00 |
|  | 20 | Расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела | чел | 1 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
|  | 21 | ЭКГ (Электрокардиография в покое) | чел | 1 | 200,00 | 90,00 | 200,00 | 90,00 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **ИТОГО:** | 1 212,00 руб. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **25 Работы в организациях, деятельность которых связана с воспитанием и обучением детей, До 40, Ж, периодический** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **№** | **Наименование** | **Единица измерения** | **Количество** | **Цена за единицу, руб. (НДС не предусмотрен)** | **Цена со скидкой, руб. (НДС не предусмотрен)** | **Сумма, руб. (НДС не предусмотрен)** | **Сумма со скидкой, руб. (НДС не предусмотрен)** |
|  | 1 | Взятие крови из вены вакуумной системой | чел | 1 | 40,00 | 24,00 | 40,00 | 24,00 |
|  | 2 | Выписка из медицинской карты | чел | 1 | 100,00 | 60,00 | 100,00 | 60,00 |
|  | 3 | Измерение артериального давления | чел | 1 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
|  | 4 | Исследование крови на сифилис (РМП) | чел | 1 | 120,00 | 66,00 | 120,00 | 66,00 |
|  | 5 | Исследование уровня глюкозы в крови | чел | 1 | 100,00 | 57,00 | 100,00 | 57,00 |
|  | 6 | Исследование уровня общего холестерина в крови | чел | 1 | 100,00 | 57,00 | 100,00 | 57,00 |
|  | 7 | Исследования на гельминтозы | чел | 1 | 200,00 | 120,00 | 200,00 | 120,00 |
|  | 8 | Клинический анализ мочи (удельный вес, белок, сахар, микроскопия осадка и др.) | чел | 1 | 100,00 | 60,00 | 100,00 | 60,00 |
|  | 9 | Мазки на гонорею | чел | 1 | 120,00 | 72,00 | 120,00 | 72,00 |
|  | 10 | Общий анализ крови (гемоглобин, цветной показатель, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ и др) | чел | 1 | 250,00 | 120,00 | 250,00 | 120,00 |
|  | 11 | Определение относительного сердечно-сосудистого риска | чел | 1 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
|  | 12 | Опрос (анкетирование) | чел | 1 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
|  | 13 | Профилактический осмотр врача - гинеколога | чел | 1 | 150,00 | 78,00 | 150,00 | 78,00 |
|  | 14 | Профилактический осмотр врача - дерматовенеролога | чел | 1 | 120,00 | 60,00 | 120,00 | 60,00 |
|  | 15 | Профилактический осмотр врача - невролога | чел | 1 | 120,00 | 60,00 | 120,00 | 60,00 |
|  | 16 | Профилактический осмотр врача - оториноларинголога | чел | 1 | 120,00 | 60,00 | 120,00 | 60,00 |
|  | 17 | Профилактический осмотр врача - профпатолога | чел | 1 | 120,00 | 60,00 | 120,00 | 60,00 |
|  | 18 | Профилактический осмотр врача - стоматолога | чел | 1 | 120,00 | 60,00 | 120,00 | 60,00 |
|  | 19 | Профилактический осмотр врача - терапевта | чел | 1 | 150,00 | 78,00 | 150,00 | 78,00 |
|  | 20 | Профилактический осмотр врача психиатра | чел | 1 | 200,00 | 90,00 | 200,00 | 90,00 |
|  | 21 | Профилактический осмотр врача психиатра - нарколога | чел | 1 | 200,00 | 90,00 | 200,00 | 90,00 |
|  | 22 | Расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела | чел | 1 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
|  | 23 | УЗИ малого таза трансабдоминально | чел | 1 | 700,00 | 700,00 | 700,00 | 700,00 |
|  | 24 | Цитологическое исследование (на атипичные клетки) | чел | 1 | 150,00 | 84,00 | 150,00 | 84,00 |
|  | 25 | ЭКГ (Электрокардиография в покое) | чел | 1 | 200,00 | 90,00 | 200,00 | 90,00 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **ИТОГО:** | 2 146,00 руб. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **25 Работы в организациях, деятельность которых связана с воспитанием и обучением детей, Старше 40, М, периодический** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **№** | **Наименование** | **Единица измерения** | **Количество** | **Цена за единицу, руб. (НДС не предусмотрен)** | **Цена со скидкой, руб. (НДС не предусмотрен)** | **Сумма, руб. (НДС не предусмотрен)** | **Сумма со скидкой, руб. (НДС не предусмотрен)** |
|  | 1 | Взятие крови из вены вакуумной системой | чел | 1 | 40,00 | 24,00 | 40,00 | 24,00 |
|  | 2 | Выписка из медицинской карты | чел | 1 | 100,00 | 60,00 | 100,00 | 60,00 |
|  | 3 | Измерение артериального давления | чел | 1 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
|  | 4 | Измерение внутриглазного давления \_Тонометрия) | чел | 1 | 120,00 | 66,00 | 120,00 | 66,00 |
|  | 5 | Исследование крови на сифилис (РМП) | чел | 1 | 120,00 | 66,00 | 120,00 | 66,00 |
|  | 6 | Исследование уровня глюкозы в крови | чел | 1 | 100,00 | 57,00 | 100,00 | 57,00 |
|  | 7 | Исследование уровня общего холестерина в крови | чел | 1 | 100,00 | 57,00 | 100,00 | 57,00 |
|  | 8 | Исследования на гельминтозы | чел | 1 | 200,00 | 120,00 | 200,00 | 120,00 |
|  | 9 | Клинический анализ мочи (удельный вес, белок, сахар, микроскопия осадка и др.) | чел | 1 | 100,00 | 60,00 | 100,00 | 60,00 |
|  | 10 | Общий анализ крови (гемоглобин, цветной показатель, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ и др) | чел | 1 | 250,00 | 120,00 | 250,00 | 120,00 |
|  | 11 | Определение абсолютного сердечно-сосудистого риска | чел | 1 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
|  | 12 | Опрос (анкетирование) | чел | 1 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
|  | 13 | Профилактический осмотр врача - дерматовенеролога | чел | 1 | 120,00 | 60,00 | 120,00 | 60,00 |
|  | 14 | Профилактический осмотр врача - невролога | чел | 1 | 120,00 | 60,00 | 120,00 | 60,00 |
|  | 15 | Профилактический осмотр врача - оториноларинголога | чел | 1 | 120,00 | 60,00 | 120,00 | 60,00 |
|  | 16 | Профилактический осмотр врача - профпатолога | чел | 1 | 120,00 | 60,00 | 120,00 | 60,00 |
|  | 17 | Профилактический осмотр врача - стоматолога | чел | 1 | 120,00 | 60,00 | 120,00 | 60,00 |
|  | 18 | Профилактический осмотр врача - терапевта | чел | 1 | 150,00 | 78,00 | 150,00 | 78,00 |
|  | 19 | Профилактический осмотр врача психиатра | чел | 1 | 200,00 | 90,00 | 200,00 | 90,00 |
|  | 20 | Профилактический осмотр врача психиатра - нарколога | чел | 1 | 200,00 | 90,00 | 200,00 | 90,00 |
|  | 21 | Расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела | чел | 1 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
|  | 22 | ЭКГ (Электрокардиография в покое) | чел | 1 | 200,00 | 90,00 | 200,00 | 90,00 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **ИТОГО:** | 1 278,00 руб. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **25 Работы в организациях, деятельность которых связана с воспитанием и обучением детей, Старше 40, Ж, периодический** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **№** | **Наименование** | **Единица измерения** | **Количество** | **Цена за единицу, руб. (НДС не предусмотрен)** | **Цена со скидкой, руб. (НДС не предусмотрен)** | **Сумма, руб. (НДС не предусмотрен)** | **Сумма со скидкой, руб. (НДС не предусмотрен)** |
|  | 1 | Взятие крови из вены вакуумной системой | чел | 1 | 40,00 | 24,00 | 40,00 | 24,00 |
|  | 2 | Выписка из медицинской карты | чел | 1 | 100,00 | 60,00 | 100,00 | 60,00 |
|  | 3 | Измерение артериального давления | чел | 1 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
|  | 4 | Измерение внутриглазного давления \_Тонометрия) | чел | 1 | 120,00 | 66,00 | 120,00 | 66,00 |
|  | 5 | Исследование крови на сифилис (РМП) | чел | 1 | 120,00 | 66,00 | 120,00 | 66,00 |
|  | 6 | Исследование уровня глюкозы в крови | чел | 1 | 100,00 | 57,00 | 100,00 | 57,00 |
|  | 7 | Исследование уровня общего холестерина в крови | чел | 1 | 100,00 | 57,00 | 100,00 | 57,00 |
|  | 8 | Исследования на гельминтозы | чел | 1 | 200,00 | 120,00 | 200,00 | 120,00 |
|  | 9 | Клинический анализ мочи (удельный вес, белок, сахар, микроскопия осадка и др.) | чел | 1 | 100,00 | 60,00 | 100,00 | 60,00 |
|  | 10 | Мазки на гонорею | чел | 1 | 120,00 | 72,00 | 120,00 | 72,00 |
|  | 11 | Маммография | чел | 1 | 790,00 | 500,00 | 790,00 | 500,00 |
|  | 12 | Общий анализ крови (гемоглобин, цветной показатель, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ и др) | чел | 1 | 250,00 | 120,00 | 250,00 | 120,00 |
|  | 13 | Определение абсолютного сердечно-сосудистого риска | чел | 1 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
|  | 14 | Опрос (анкетирование) | чел | 1 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
|  | 15 | Профилактический осмотр врача - гинеколога | чел | 1 | 150,00 | 78,00 | 150,00 | 78,00 |
|  | 16 | Профилактический осмотр врача - дерматовенеролога | чел | 1 | 120,00 | 60,00 | 120,00 | 60,00 |
|  | 17 | Профилактический осмотр врача - невролога | чел | 1 | 120,00 | 60,00 | 120,00 | 60,00 |
|  | 18 | Профилактический осмотр врача - оториноларинголога | чел | 1 | 120,00 | 60,00 | 120,00 | 60,00 |
|  | 19 | Профилактический осмотр врача - профпатолога | чел | 1 | 120,00 | 60,00 | 120,00 | 60,00 |
|  | 20 | Профилактический осмотр врача - стоматолога | чел | 1 | 120,00 | 60,00 | 120,00 | 60,00 |
|  | 21 | Профилактический осмотр врача - терапевта | чел | 1 | 150,00 | 78,00 | 150,00 | 78,00 |
|  | 22 | Профилактический осмотр врача психиатра | чел | 1 | 200,00 | 90,00 | 200,00 | 90,00 |
|  | 23 | Профилактический осмотр врача психиатра - нарколога | чел | 1 | 200,00 | 90,00 | 200,00 | 90,00 |
|  | 24 | Расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела | чел | 1 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
|  | 25 | УЗИ малого таза трансабдоминально | чел | 1 | 700,00 | 700,00 | 700,00 | 700,00 |
|  | 26 | Цитологическое исследование (на атипичные клетки) | чел | 1 | 150,00 | 84,00 | 150,00 | 84,00 |
|  | 27 | ЭКГ (Электрокардиография в покое) | чел | 1 | 200,00 | 90,00 | 200,00 | 90,00 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **ИТОГО:** | 2 712,00 руб. |

\* Сотрудники предприятия предоставляют результаты флюорографии.

Приложение № 2

к Договору № \_\_\_/22 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г.

на оказание медицинских услуг

**ГРАФИК РАБОТЫ ИСПОЛНИТЕЛЯ**

**АО «Медицинский центр «Гиппократ»**

***( г. Челябинск, Свердловский проспект, 41-б)***

ПН.

ВТ.

СР.

ЧТ. 8.00 – 17.00

ПТ.

Прием анализов с 8-00 до 15-30.

**СУББОТА, ВОСКРЕСЕНЬЕ – ВЫХОДНОЙ**

**Документы необходимые при прохождении медицинского осмотра**

1. Паспорт

2. СНИЛС

3. Направление на медосмотр от работодателя с синей печатью

4. Решение врачебной комиссии по психиатрическому освидетельствованию, если такое освидетельствование положено

5. Полис обязательного и (или) добровольного медицинского страхования

6. Бланк санитарной книжки (при необходимости)

7. Лицам с хроническими заболеваниями, состоящие на учете у врача по месту жительства – взять с собой амбулаторную карту, с записью врача давностью не более 3-х месяцев

8. Флюорография с результатом обследования текущего года

9. Профилактический осмотр врача-стоматолога:

- при поступлении на работу;

- в далее 1раз в год

Пациентам при посещении медицинского центра в день сдачи анализов-

исключить:

- прием пищи;

- газированные напитки, сладкое, чай и кофе;

- курение за час перед сдачей анализов.

|  |
| --- |
| Приложение №3к Договору № \_\_\_/22 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г.на оказание медицинских услугУТВЕРЖДАЮ:Директор  |
| **СПИСОК**  |
| **работников, подлежащих прохождению периодического медицинского осмотра в 2022 г.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Полное наименование организации: |  | Телефон: |  |  |
| Краткое наименование организации: |  |  | электронный адрес организации |  |  |
| Код ОКВЭД |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Юридический адрес: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Фактический адрес: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ф.И.О. Руководителя: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Численность работающих во вредных и (или) опасных условиях труда, всего |  |  |  | в том числе женщин |  |  |
| Численность работающих во вредных и (или) опасных условиях труда, в возрасте до 21 года |  |  |  | в том числе женщин |  |  |
| Численность работающих не достигших возраста 18 лет в 2021году |  |  |  | в том числе женщин |  |  |
| Количество подлежащих медосмотрам в 2021 году, всего |  |  |  | в том числе женщин |  |  |
| Количество подлежащих медосмотру в 2021 году женщин в возрасте 40 лет и старше |  |  |  |  |  |  |
| Количество подлежащих медосмотру в 2021 году всех работающих, в возрасте 40 лет и старше |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **№ п\п** | **Ф.И.О. Полностью имя отчество** | **Дата рождения (полностью) чч.мм.гг.**  | **Пол (Ж/ М)** | **номер медицинского страхового полиса (ОМС или ДМС)** | **СНИЛС** |  **Наименование профессии (должность) согласно штатному расписанию** | **Структурное подразделение (при наличии)** | **Наименование вредных производственных факторов, работ (установленных в результате СОУТ и в соответсвии с Приказом 29н)**  | **Адрес (с указанием населенного пункта)** | **Телефон** | **Стаж работы на в профессии (на занимаемой должности)** |
| 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение № 4

к Договору № \_\_\_/22 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г.

на оказание медицинских услуг

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование работодателя

Форма собственности и вид экономической

 деятельности работодателя по ОКВЭД\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ (ПЕРИОДИЧЕСКИЙ)**

**МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР (ОБСЛЕДОВАНИЕ)**

Направляется в  **АО «МЦ «Гиппократ»**

**г. Челябинск, Свердловский проспект, д.41 «Б»**

**ОГРН 1077447012290**

Электронная почта gippokrat-dogovor@mail.ru

Контактный телефон 791-06-51,790-82-98

Вид медицинского осмотра **ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ** или **ПЕРИОДИЧЕСКИЙ**

нужное подчеркнуть

Фамилия, имя, отчество лица, поступающего на работу (Работника) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

пол работника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Структурное подразделение (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность (профессия) или вид работы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вредные и (или) опасные производственные факторы (код):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер медицинского страхового полиса обязательного и (или) добровольного медицинского страхования

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(уполномоченный представитель: должность / подпись Ф.И.О)

**Исполнитель: Заказчик:**

 /Крутасова Н.В. / /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 МП МП