

к положению о Порядке возмездного
оказания медицинских услуг по проведению
медицинских осмотров (предрейсовых,
послерейсовых) ГБУЗ СО «Серовская ГССМП»

Форма ДОГОВОРА

возмездного оказания услуг по проведению медицинских осмотров
(предрейсовых, послерейсовых)

ДОГОВОР № _____

возмездного оказания услуг по проведению медицинских осмотров
(предрейсовых, послерейсовых)

г. Серов

«01» января 20__ год

именуемый в дальнейшем «Заказчик», в лице _____, действующий на основании _____, с одной стороны, и государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Серовская городская станция скорой медицинской помощи», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Бец Ольги Александровны, действующей на основании Устава, лицензии Министерства здравоохранения Свердловской области № ЛО-66-01-005619 от 05 октября 2018 г. на осуществление медицинской деятельности, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель берет на себя обязательства оказывать в течение срока действия настоящего договора медицинские услуги по проведению медицинских осмотров (предрейсовых, послерейсовых) водителей транспортных средств Заказчика, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги согласно Прейскуранту цен (тарифов) на медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденному в установленном порядке (приложение №1).

1.2. Медицинские услуги по проведению медицинских осмотров (предрейсовых, послерейсовых) предоставляются в соответствии с действующим законодательством.

1.3. Отношение между Исполнителем и Заказчиком регулируются законодательством Российской Федерации и положениями настоящего договора.

2. Условия предоставления и порядок оплаты медицинских услуг

2.1. Медицинские услуги - возмездного оказания услуг по проведению медицинских осмотров (предрейсовых, послерейсовых) оказываются Исполнителем по адресу: 624992 г. Серов, ул. Льва Толстого, 15, строение 4; на следующих условиях: круглосуточно.

2.2. Не позднее 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным. Исполнитель направляет Заказчику подписанные со своей стороны акт об оказании услуг (Приложение № 2) в двух экземплярах, с датой не позднее последнего дня отчетного месяца, счет за оказанные в отчетном месяце услуги и выписку из электронного журнала учета медицинских осмотров водителей за отчетный месяц.

2.3. Заказчик обязуется вернуть подписанный акт об оказании услуг в течение 5 рабочих дней. В случае неподписания Заказчиком акта об оказанных услугах без мотивированных оснований и /или при невозврате подписанного Заказчиком акта об оказании услуг более 5 рабочих дней с момента передачи Заказчику, услуга считается надлежаще оказанной, акт об оказании услуг считается подписанным.

2.4. Цена и порядок оплаты услуг

2.4.1. Стоимость Услуги составляет 40 (сорок) рублей за один медицинский осмотр (предрейсовый, послерейсовый). НДС не предусмотрен (в соответствии с пп. 2 п. 2 ст.149 НК РФ).

2.4.2. Общая стоимость договора составляет _____ рублей.

2.4.3. Заказчик оплачивает предоставленные Исполнителем услуги путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя не позднее 15 рабочих дней с момента передачи Акта об оказании услуг и счета.

2.4.4. При просрочке оплаты более одного месяца. Исполнитель вправе приостановить исполнение своих обязанностей по настоящему договору без предупреждения, а также вправе отказаться от исполнения настоящего договора и потребовать возмещения убытков в установленном законом порядке.

3. Права и обязанности Сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказывать медицинские услуги в объеме, предусмотренном настоящим договором (приложениями к нему) своевременно и качественно, в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, при оказании медицинских услуг по проведению медицинских осмотров (предрейсовых, послерейсовых), руководствоваться «Порядком проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 года № 835н.

3.1.2. Проводить медицинские осмотры (предрейсовые, послерейсовые) в следующем объеме:

1) сбор жалоб, визуальный осмотр, осмотр видимых слизистых и кожных покровов, общая термометрия, измерение артериального давления на периферических артериях, исследование пульса;

2) выявление признаков опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), остаточных явлений опьянений, включая проведение лабораторных и инструментальных исследований:

-количественного определения алкоголя в выдыхаемом воздухе;

-определения наличия психоактивных веществ в моче при наличии признаков опьянения и отрицательных результатах исследования выдыхаемого воздуха на алкоголь.

3) В случае регистрации у работника отклонения величины артериального давления или частоты пульса проводится повторное исследование (не более двух раз с интервалом не менее 20 минут).

3.1.3. Не допускать водителей к управлению транспортным средством в следующих случаях: наличии признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов, состояний и заболеваний, препятствующих выполнению трудовых обязанностей, в том числе алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения и остаточных явлений такого опьянения (с указанием этих признаков);

3.1.4. В случае проведения медицинских осмотров (предрейсовых, послерейсовых) медицинским работником, имеющим среднее профессиональное образование, при выявлении по результатам исследований, указанных в 3.1.2 настоящего договора, нарушений в состоянии здоровья водителя для вынесения заключений, указанных в 3.1.3 настоящего договора, а также решения вопроса о наличии у водителя признаков временной нетрудоспособности и нуждаемости в оказании медицинской помощи водитель направляется в медицинскую организацию или иную организацию, осуществляющую медицинскую деятельность, в которой работнику оказывается первичная медико-санитарная помощь.

3.1.5. По результатам прохождения медицинского осмотра (предрейсового), при вынесении заключения об отсутствии признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов, состояний и заболеваний, препятствующих выполнению трудовых обязанностей, в том числе алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения и остаточных явлений такого опьянения на путевых листах ставится штамп «Прошел предрейсовый медицинский осмотр, к исполнению трудовых

обязанностей допущен», дата, время, подпись, инициалы, фамилия медицинского работника, проводившего осмотр.

3.1.6. По результатам прохождения медицинского осмотра (послерейсового) при вынесении заключения об отсутствии признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов, состояний и заболеваний, препятствующих выполнению трудовых обязанностей, в том числе алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения и остаточных явлений такого опьянения на путевых листах ставится штамп «Прошел послерейсовый медицинский осмотр», дата, время, подпись, инициалы, фамилия медицинского работника, проводившего осмотр.

3.1.7. Результаты проведенных медицинских осмотров (предрейсовых, послерейсовых) вносятся в Журнал учета предрейсовых медицинских осмотров водителей и Журнал учета послерейсовых медицинских осмотров водителей.

3.1.8. Предоставлять Заказчику ежемесячно итоги прохождения медицинских осмотров (предрейсовых, послерейсовых).

3.1.9. Соблюдать законодательство по неразглашению персональных данных.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Требовать от Заказчика оплаты оказанных медицинских услуг.

3.2.2. При нарушении пункта 3.3.1 Исполнитель вправе отказаться от выполнения услуг.

3.3. Заказчик обязан:

3.3.1. Предоставить список водителей на проведение медицинских осмотров (предрейсовых, послерейсовых) (Приложение №3) и незамедлительно информировать письменно при изменении списочного состава водителей.

3.3.2. Направлять водителей для обследования по адресу: г. Серов, ул. Льва Толстого, 15, строение 4;

3.3.3. Обеспечить подписание согласия на обработку персональных данных водителя, получающего услугу по прохождению медицинских осмотров (предрейсовых, послерейсовых) и предоставить его Исполнителю (Приложения № 4);

3.3.4. Заключить с водителями информированное согласие на проведение обследования на предмет содержания в их организме наркотических веществ при проведении медицинских осмотров (предрейсовых, послерейсовых) и предоставить его Исполнителю (Приложения № 5).

3.3.5. При прохождении медицинских осмотров (предрейсовых, послерейсовых) представлять путевой лист водителя транспортного средства для проставления штампа о прохождении медицинского осмотра (предрейсового, послерейсового).

3.3.6. Принимать по Актам об оказании услуг и оплачивать медицинские услуги, оказанные Исполнителем, в порядке и сроки, определенные в разделе 2 настоящего договора.

3.4. Заказчик имеет право на:

3.4.1. Своевременное предоставление Исполнителем информации о медицинских услугах, которые были оказаны в рамках предмета данного договора.

3.4.2. Требование соблюдения Исполнителем правовых норм в сфере здравоохранения, предусмотренных действующим законодательством.

4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора и порядок разрешения споров

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

4.2. Спор, возникший между Исполнителем и Заказчиком по поводу оказания медицинских услуг по настоящему договору, может быть разрешен путем переговоров, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Данное положение не лишает стороны настоящего договора права на

к Договору № _____ от «___» _____ 20__ г.
 возмездного оказания услуг по проведению
 медицинских осмотров (предрейсовых, послерейсовых)

УТВЕРЖДАЮ
 главного врача
 ГБУЗ СО «Серовская ГССМП»
 _____ О.А. Бец
 «___» _____ 20__ г.

ПРЕЙСКУРАНТ
ЦЕН НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
ГБУЗ СО «Серовская ГССМП»
 Свердловская область, г. Серов, ул. Льва Толстого, 15, стр. 4
 «___» _____ 20__ г.

№ п/п	Наименование платной медицинской услуги	Единица измерения	НДС	Цена (руб.)
1	Медицинский осмотр (предрейсовый, послерейсовый)	1 осмотр	Не облагается	

Примечание:

Тарифы на платные медицинские услуги составлены в соответствии с Предельными тарифами на платные медицинские услуги учреждений здравоохранения Свердловской области, утвержденными Приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 20.02.2017 года №268-п «Об утверждении Порядка определения цен (тарифов) на платные медицинские услуги, предоставляемые государственными бюджетными и казенными учреждениями здравоохранения Свердловской области и предоставляемые государственными бюджетными и казенными образовательными учреждениями Свердловской области, находящимся в ведении Министерства здравоохранения Свердловской области»

к Договору № _____ от «__» _____ 20__ г.
 возмездного оказания услуг по проведению
 медицинских осмотров (предрейсовых, послерейсовых)

**СПИСОК
 водителей на проведение медицинских осмотров (предрейсовых, послерейсовых)**

№ п/п	Фамилия	Имя	Отчество	Пол	Дата рождения (число, месяц, год)

СОГЛАСИЕ

**на обработку персональных данных водителя, получающего услугу по прохождению
медицинских осмотров (предрейсовых, послерейсовых)**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))
зарегистрированный(ая) по адресу: _____,
паспорт: серия _____ N _____, выдан _____
(дата выдачи, кем выдан)

_____ ,
в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных" свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие ГБУЗ СО «Серовская ГССМП» (далее - оператор) на обработку моих персональных данных, включая обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных, на передачу персональных данных работодателю, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован(а) о том, что обработка моих персональных данных будет осуществляться в полном соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных". Настоящее согласие дается мной в целях медицинских осмотров (предрейсовых, послерейсовых)

- 1) фамилия, имя, отчество;
- 2) место работы (полное наименование организации с указанием организационно-правовой формы);
- 3) должность, подразделение (отдел, участок, отделение);
- 4) пол
- 5) дата рождения (число, месяц, год);
- 6) состояние здоровья;

Настоящее согласие дано мной бессрочно с правом отзыва.

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие в любое время посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично представителю оператора и зарегистрирован в соответствии с правилами делопроизводства.

Я ознакомлен(а) с тем, что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных оператор вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных".

должность

подпись

фамилия, инициалы

« ____ » _____ 20__ г.

к Договору № _____ от «___» _____ 20__ г.
возмездного оказания услуг по проведению
медицинских осмотров (предрейсовых, послерейсовых)

**Информированное добровольное согласие
на проведение тестирования с целью выявления потребления наркотических средств
и психотропных веществ при проведении медицинского осмотра (предрейсовых,
послерейсовых)**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

зарегистрированный(ая) по адресу: _____,

паспорт: серия _____ N _____, выдан _____
(дата выдачи, кем выдан)

_____,
дата, год рождения « _____ » _____

Настоящим заявлением подтверждаю свое согласие на прохождение тестирования и лабораторных исследований, а также при необходимости, лабораторных подтверждающих исследований, образцов мочи, проводимых медицинским работником ГБУЗ СО «Серовская ГССМП» на предмет установления факта потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Я подтверждаю, что я получил(а) в полном объеме информацию о целях и порядке проведения тестирования и о своем праве отказаться от прохождения тестирования.

должность

подпись

фамилия, инициалы

« _____ » _____ 20__ г.