

ДОГОВОР № _____
возмездного оказания медицинских услуг¹

г. Норильск

«___» _____ 20__ г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 5» (КГБУЗ ККПНД № 5), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и _____, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице _____, действующего на основании _____, другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор (далее – Договор) о нижеследующем:

ОБЩИЕ УСЛОВИЯ

Неотъемлемой частью Договора являются Общие условия договоров в редакции на дату заключения Договора, размещенные на официальном сайте краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 5 (КГБУЗ ККПНД № 5)» по адресу: <https://norpnd5.gosuslugi.ru/dokumenty/obschie-usloviya-k-tipovym-formam-dogovorov-vozmeznogo-okazaniya-meditsinskih-uslug.html>

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется по заявке Заказчика оказать медицинские услуги по проведению медицинского осмотра врачом-психиатром и врачом психиатром-наркологом (с иммунохимическим тестированием на наличие психоактивных веществ) (далее - медицинские услуги, медицинский осмотр) работников Заказчика и иных лиц, по указанию Заказчика, в соответствии с пунктом вторым части первой статьи 10 Федерального закона от 09.02.2007 № 16-ФЗ «О транспортной безопасности», постановлением Правительства РФ от 01.06.2023 № 905 «О порядке аттестации сил обеспечения транспортной безопасности» (вместе с «Правилами аттестации сил обеспечения транспортной безопасности»).

1.2. Исполнитель оказывает медицинские услуги на основании Лицензии на осуществление медицинской деятельности от 10.07.2020 № ЛО41-01019-24/00323307 с указанием перечня работ (услуг) составляющих медицинскую деятельность, выданной Министерством здравоохранения Красноярского края: г. Красноярск, ул. Красной Армии, д. 3, тел. 8 (391) 211-00-44, 211-52-01.

1.3. Перечень и стоимость медицинских услуг определяются Приложением № 1, являющегося неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.4. Место оказания услуг: Красноярский край, г. Норильск, р-он Центральный, ул. Орджоникидзе, д. 9, ул. Богдана Хмельницкого, 20.

1.5. Срок оказания медицинских услуг: с _____ 20__ года по _____ 20__ года.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Медицинский осмотр (освидетельствование) работников Заказчика проводится на основании составленного Исполнителем и согласованного с Заказчиком Календарного плана.

За 14 (четырнадцать) дней до начала оказания медицинских услуг Заказчик предоставляет Исполнителю поименные списки работников в алфавитном порядке на бумажном и электронном носителях (формат Excel), с отправкой на электронный адрес КГБУЗ ККПНД № 5: (**reg-pnd5@mail.ru**), по форме Приложения № 2 к настоящему Договору.

2.2. Исполнитель оказывает медицинские услуги на основании Направления, выданного Заказчиком своим работникам по форме Приложения № 3 к настоящему Договору (**в направлении указывать «Место регистрации» - для внесения данных Исполнителем**).

2.3. Заказчик обеспечивает своевременную явку работников на лабораторно-инструментальные обследования и осмотры врачей-специалистов медицинской комиссии в сроки, и время, соответствующие согласованному с Исполнителем календарному плану проведения медицинского осмотра и графику работы медицинской организации и информирует лиц, направленных на медицинский осмотр о необходимости сообщать Исполнителю сведения, необходимые для качественного и объективного оказания услуги; о необходимости предъявить документ, удостоверяющий личность.

2.4. Медицинский осмотр (освидетельствование) работников Заказчика у врача-психиатра, врача психиатра-нарколога проводится при предъявлении ими следующих документов:

- для граждан, зарегистрированных на территории муниципального образования город Норильск – паспорт гражданина Российской Федерации, направление на прохождение медицинского осмотра, выданное Заказчиком;

2.5. По окончании прохождения медицинского осмотра Исполнитель выдает работнику Заказчика медицинское заключение по форме Приложения № 4 к настоящему Договору.

¹ Настоящая форма типового договора применяется на период действия Постановлением Правительства РФ от 01.06.2023 № 905 «О порядке аттестации сил обеспечения транспортной безопасности», **то есть до 31.08.2029г.**

3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТА

3.1. Оплата услуг Заказчиком происходит ежемесячно за фактически оказанные Исполнителем объемы медицинских услуг, на основании выставленных Исполнителем счетов и в соответствии с установленной платой на услуги (работы), предоставляемые Исполнителем, утвержденных приказом главного врача Учреждения (Приложение № 1 к настоящему Договору). Медицинские услуги НДС не облагаются, в связи с применением подпункта 2 пункта 2 статьи 149 Налогового кодекса Российской Федерации.

3.2. В случае изменения тарифных ставок и других существенных условий оплаты труда, Исполнитель вправе изменить стоимость услуг по настоящему Договору путем заключения Сторонами дополнительного соглашения.

3.3. Не позднее 15 (пятнадцати) календарных дней со дня, следующего за отчетным периодом Заказчик производит оплату, за оказанные Исполнителем медицинские услуги путем перечисления денежных средств на расчетный счет или наличными денежными средствами в кассу Исполнителя, на основании выставленных счетов и Акта об оказании медицинских услуг (с датой не позднее последнего календарного дня отчетного месяца) (Приложение № 1 к Общим условиям), подписанных Сторонами не позднее 10 (десятого) числа месяца, следующего за отчетным. Моментом оплаты является дата списания денежных средств с банковского счета Заказчика.

3.4. Промежуточным (отчетным) периодом для осуществления между Сторонами расчетов за оказанные медицинские услуги является календарный месяц.

Моментом оплаты является дата списания денежных средств с банковского счета Заказчика.

3.5. При наличии со стороны Заказчика замечаний к оказанным Исполнителем медицинским услугам в отчетном периоде или медицинской услуге в целом, Заказчик вносит соответствующее замечание в Акте об оказании медицинских услуг.

3.6. При отсутствии замечаний Заказчика по содержанию Акта об оказании медицинских услуг Заказчик подписывает его в течение 5 (пяти) рабочих дней и возвращает второй экземпляр Акта об оказании медицинских услуг Исполнителю или в тот же срок составляет мотивированный письменный отказ от подписания Акта об оказании медицинских услуг по Договору и направляет указанный отказ Исполнителю.

В случае не подписания Заказчиком Акта об оказании медицинских услуг без мотивированных оснований в указанный срок, услуги считаются надлежаще оказанными Исполнителем, а Акт об оказании медицинских услуг - подписанным.

3.7. Исполнитель по окончании каждого календарного месяца обязан предоставить Заказчику Акт об оказании медицинских услуг, с датой не позднее последнего календарного дня отчетного месяца.

Заказчик может самостоятельно получить 2 (два) экземпляра Акта об оказании медицинских услуг у Исполнителя до 10 (десятого) числа месяца, следующего за отчетным. В случае неполучения Заказчиком Акта об оказании медицинских услуг, Исполнитель направляет его Заказчику по адресу, указанному последним в Договоре.

3.8. В случае возникновения необходимости у Заказчика в дополнительных объемах медицинских услуг их стоимость определяется в соответствии с прейскурантом цен, действующим на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

3.9. В случае расторжения настоящего Договора финансовые расчеты проводятся в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

3. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

3.1. Настоящий договор вступает в силу с _____ и действует по _____ 20__ года, а в части оплаты до полного выполнения Сторонами обязательств по нему.

3.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями Сторон. Указанное в настоящем пункте правило не распространяется на изменения в части наименования, местонахождения и банковских реквизитов Сторон, о которых уполномоченный представитель соответствующей Стороны сообщает другой Стороне посредством письменного уведомления.

3.3. Все уведомления, сообщения, иная переписка в рамках договора направляются одной Стороной другой Стороне по почтовому адресу, адресу электронной почты, указанным в разделе 5 настоящего Договора. Стороны обязуются извещать друг друга в письменной форме об изменении адресов и других реквизитов в течение 5 (пяти) календарных дней с даты наступления соответствующего события.

3.4. Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, по одному для каждой из Сторон. Оба экземпляра идентичны и имеют одинаковую юридическую силу.

3.5. Стороны признают равнозначность электронных образов первичных учетных документов их бумажным экземплярам с личными подписями уполномоченных лиц, при условии обязательного последующего предоставления оригиналов указанных документов.

5. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:
КГБУЗ ККПНД № 5
Юридический адрес (местонахождение):
663305, Красноярский край,
г. Норильск, р-он Центральный,
ул. Богдана Хмельницкого, 20
Телефон/факс: (3919) 46-11-61/46-39-82
(3919) 46-33-25 (ПЭО)
ИНН 2457045484 КПП 245701001
ОГРН 1022401623551
ОКТМО 04729000001 ОКВЭД 86.10
Минфин края (КГБУЗ ККПНД № 5
л/с 75192Н70101)
Р/сч 032 246 430 400 000 019 00
ОТДЕЛЕНИЕ КРАСНОЯРСК БАНКА
РОССИИ//УФК по Красноярскому краю
г.Красноярск
Счет: 401 028 102 453 700 000 11
БИК 010407105
E-mail: kkpnd5.nor@mail.ru

Заказчик:

Главный врач

_____/_____/_____
«_____» _____ 20__г.
МП

_____/_____/_____
«_____» _____ 20__г.
МП

СТОИМОСТЬ
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

№ п/п	Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Цена единицы услуги, без НДС, руб.
1	B04.035.000.000.003	Обязательные предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры врачом психиатром	400, 00
2	D20.06.01	Медицинское освидетельствование врачом - психиатром-наркологом (с иммунохимическим тестированием на наличие психоактивных веществ)	2 270, 00

«Исполнитель»

«Заказчик»

Главный врач

_____/_____/_____
«____» _____ 20__ г.
МП

_____/_____/_____
«____» _____ 20__ г.
МП

УТВЕРЖДАЮ

(Руководитель предприятия, учреждения)

(полное наименование должности юридического лица)

(Ф.И.О.)

« ____ » _____ 20__ г.

М.П.

Список работников,
подлежащих медицинскому осмотру врачом-психиатром, врачом-психиатром-наркологом
(с иммунохимическим тестированием на наличие психоактивных веществ) в 20__ году

№ п/п	Ф.И.О.	Дата рождения (число, месяц, год)	Пол	Адрес регистрации	Наименование профессии
1	2	3	4	5	6

ОБРАЗЕЦ СОГЛАСОВАЛИ:

«Исполнитель»
Главный врач

_____/_____/____/

« ____ » _____ 20__ г.
М.П.

«Заказчик»

_____/_____/____/

« ____ » _____ 20__ г.
М.П.

Направление

(в КГБУЗ ККПНД № 5)

На медицинский осмотр, в соответствии с п. 2 ч. 1 ст. 10 Федерального закона от 09.02.2007 № 16-ФЗ «О транспортной безопасности»

фамилия, имя, отчество (при наличии)

дата рождения: число, месяц, год; пол

место регистрации

профессия, должность

наименование работодателя

вид выполняемой работы

ОБРАЗЕЦ СОГЛАСОВАЛИ:

«Исполнитель»

«Заказчик»

Главный врач

_____/_____/

«____» _____ 20__ г.

МП

_____/_____/

«____» _____ 20__ г.

МП

Утверждено
приказом главного врача КГБУЗ ККПНД № 5
от «08» мая 2024 года

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 5»
(КГБУЗ ККПНД № 5)
ДИСПАНСЕРНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ПОЛИКЛИНИКА
663319, Красноярский край, г. Норильск,
ул. Орджоникидзе, д. 9,
Телефон/факс: (3919) 22-12-15
(3919) 22-56-37

Лицензия Л041-01019-24/00323307 от 10.07.2020г.

СПРАВКА № _____

Ф.И.О. _____

Пол _____ Дата рождения _____

Место регистрации _____

При медицинском освидетельствовании психических заболеваний не выявлено.

К профессиональной деятельности, связанной с обеспечением транспортной безопасности
противопоказаний не выявлено.

На диспансерно учете не состоит.

Врач-психиатр _____

М.П. медицинской организации

(ФИО)

Дата, подпись _____

М.П. личная печать медицинского работника

М.П.

ОБРАЗЕЦ СОГЛАСОВАЛИ:

«Исполнитель»

«Заказчик»

Главный врач

_____/_____/_____
«__» ____ 20__ г.
МП

_____/_____/_____
«__» ____ 20__ г.
МП

Утверждено
приказом главного врача КГБУЗ ККПНД № 5
от «08» мая 2024 года

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 5»
(КГБУЗ ККПНД № 5)
ДИСПАНСЕРНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ПОЛИКЛИНИКА
663319, Красноярский край, г. Норильск,
ул. Орджоникидзе, д. 9,
Телефон/факс: (3919) 22-12-15
(3919) 22-56-37

Лицензия Л041-01019-24/00323307 от 10.07.2020г.

СПРАВКА № _____

Ф.И.О. _____

Пол _____ Дата рождения _____

Место регистрации _____

При медицинском обследовании наркологического заболевания, в том числе алкоголизма, наркомании,
токсикомании не выявлено.

К профессиональной деятельности, связанной с обеспечением транспортной безопасности
противопоказаний не выявлено.

На диспансерно учете не состоит.

Врач психиатр-нарколог _____

М.П. медицинской организации

(ФИО)

Дата, подпись _____

М.П. личная печать медицинского работника

ОБРАЗЕЦ СОГЛАСОВАЛИ:

«Исполнитель»

«Заказчик»

Главный врач

_____/_____/_____
«__» _____ 20__ г.
МП

_____/_____/_____
«__» _____ 20__ г.
МП

