

ДОГОВОР
возмездного оказания медицинских услуг
по проведению предрейсовых/послерейсовых
медицинских осмотров водителей транспортных средств¹

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 _____ (сокращенное наименование), именуемое в дальнейшем «Заказчик, в лице _____, действующего на основании _____, другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», в рамках Федерального закона от 10.12.1995 № 196-ФЗ «О безопасности дорожного движения» 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 оказывать услуги по проведению предрейсовых/послерейсовых медицинских осмотров водителей транспортных средств (далее - медицинская услуга) в соответствии с приказом Минздрава России от 30.05.2023 № 266н «Об утверждении Порядка и периодичности проведения предсменных, предрейсовых, послесменных, послерейсовых медицинских осмотров, медицинских осмотров в течение рабочего дня (смены) и перечня включаемых в них исследований» (далее - Приказ № 266н), а Заказчик обязуется оплачивать услуги Исполнителя в порядке, размере и на условиях, предусмотренных Договором.

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. Исполнитель оказывает медицинские услуги по адресам:

Адрес (местонахождение кабинета)	Кол-во кабинетов медицинских осмотров	Режим работы кабинета по проведению предрейсовых медицинских осмотров (часы, дни работы)	Кол-во часов в день

1.4. Исполнитель оказывает медицинские услуги по адресам, указанным в п. 1.3. Договора, с использованием оборудования, инвентаря, расходных материалов и других средств, необходимых для оказания данного вида услуг, в соответствии с действующими медицинскими стандартами, утвержденными приказами министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

1.5. Срок оказания медицинских услуг: с «__» ____ 20__ года по «__» ____ 20__ года.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Предрейсовые медицинские осмотры работников Заказчика проводятся перед началом рабочего дня в целях выявления 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.

2.2. Послерейсовые медицинские осмотры работников Заказчика проводятся по окончании рабочего дня в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды и трудового процесса на состояние здоровья работников, острого профессионального заболевания или отравления, признаков алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения.

2.3. При проведении предрейсовых/послерейсовых медицинских осмотров Исполнитель обеспечивает идентификацию личности работника Заказчика, посредством контроля его документов, удостоверяющих личность.

¹ Применение настоящего договора ограничено сроком действия приказа Минздрава России от 30.05.2023 № 266н «Об утверждении Порядка и периодичности проведения предсменных, предрейсовых, послесменных, послерейсовых медицинских осмотров, медицинских осмотров в течение рабочего дня (смены) и перечня включаемых в них исследований», **то есть 01.09.2029г.**

1) сбор жалоб, визуальный осмотр, выявление наличия признаков алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения и (или) остаточных явлений такого опьянения (не осуществляется в случае проведения медицинского осмотра с использованием медицинских изделий, за исключением визуального осмотра видимых кожных покровов осматриваемого);

2) общая термометрия;

3) измерение артериального давления на периферических артериях и исследование пульса;

4) количественное определение алкоголя в выдыхаемом воздухе;

5) определение наличия психоактивных веществ в моче.

В случае регистрации у осматриваемого отклонения величины артериального давления или частоты пульса от нормативных значений проводится не более 2 (двух) повторных исследований с интервалом не менее 5 (пять) минут и не более 10 (десяти) минут.

В случае неявки осматриваемого на повторное исследование учитываются первично полученные результаты измерения артериального давления на периферических артериях и исследование пульса.

2.6. Исследование, указанное в подпункте 5 пункта 2.5. настоящего Договора, проводится при наличии признаков опьянения и отрицательных результатах исследования выдыхаемого воздуха на алкоголь, за исключением случаев проведения медицинского осмотра с использованием медицинских изделий.

2.7. Отбор мочи работника Заказчика для определения наличия в ней психоактивных веществ осуществляется в соответствии с приказом министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.04.2025 № 262н «Об утверждении порядка проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), включающего определение клинических признаков опьянения и правила химико-токсикологических исследований, а также критерии, при наличии которых имеются достаточные основания полагать, что лицо находится в состоянии опьянения и подлежит направлению на медицинское освидетельствование, учетной формы Акта медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), а также формы и порядка ведения журнала регистрации медицинских освидетельствований на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)» (далее - Приказ № 262н).

2.8. При выявлении у осматриваемого работника Заказчика признаков алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения (остаточных явлений такого опьянения) (при положительных или отрицательных результатах исследования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя) медицинский работник Исполнителя после проведения медицинского осмотра уведомляет об этом Заказчика (его уполномоченного представителя) **по телефону**:

Указанная информация вносится медицинским работником Исполнителя в Журнал, который ведется на бумажном носителе и страницы которого должны быть прошнурованы, пронумерованы, скреплены печатью Исполнителя (при наличии), на оттиске которой идентифицируется название медицинской организации в соответствии с учредительными документами.

2.9. По результатам прохождения осматриваемым предрейсового медицинского осмотра медицинским работником Исполнителя выносится медицинское заключение:

1) о 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 и (или) остаточных явлений);

2) 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.

2.10. По результатам прохождения осматриваемым работником Заказчика послерейсового медицинского осмотра медицинским работником Исполнителя выносится медицинское заключение:

1) о наличии признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды и трудового процесса на состояние здоровья работника, острого профессионального заболевания или отравления, признаков алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения (с указанием таких признаков);

2) об отсутствии признаков вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды и трудового процесса на состояние здоровья работника, острого профессионального заболевания или отравления, признаков алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения.

2.11. Медицинские заключения, предусмотренные пунктами 2.9. и 2.10. настоящего договора, фиксируются в Журнале регистрации предрейсовых медицинских осмотров и Журнале регистрации послерейсовых медицинских осмотров на бумажном носителе и подписываются медицинским работником Исполнителя.

2.12. Журналы о результатах проведенных медицинских осмотров хранятся не менее 3 (трех) лет.

2.13. Результаты проведенных медицинских осмотров вносятся в Журналы, в которых указывается следующая информация об осматриваемом работнике Заказчика:

1) дата и время проведения медицинского осмотра;

2) фамилия, имя, отчество (при наличии) осматриваемого работника Заказчика;

3) пол осматриваемого работника Заказчика;

4) дата рождения осматриваемого работника Заказчика;

5) результаты исследований, указанных в пункте 2.5. Договора;

6) заключение о результатах медицинского осмотра в соответствии с пунктами 2.10. и 2.11. настоящего договора;

7) подпись медицинского работника Исполнителя, с указанием его фамилии, имени и отчества (при наличии);

8) подпись осматриваемого работника Заказчика, проходящего медицинский осмотр.

2.14. Ведение Журнала производится на бумажном носителе, страницы которого (Журнала) прошнурованы, пронумерованы, скреплены печатью Заказчика (при наличии), на оттиске которой идентифицируется название медицинской организации в соответствии с учредительными документами.

2.15. По результатам прохождения предрейсового медицинского осмотра при вынесении медицинского заключения, в соответствующий Журнал вносится запись:

«прошел предрейсовый медицинский осмотр, к исполнению трудовых обязанностей допущен» или «прошел предрейсовый медицинский осмотр, к исполнению трудовых обязанностей НЕ допущен» с указанием выявленных 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, которая заверяется подписью медицинского работника Исполнителя, проводившего медицинский осмотр, с указанием его фамилии, имени и отчества (при наличии).

2.16. По результатам прохождения послерейсового медицинского осмотра при вынесении медицинского заключения, в соответствующий Журнал вносится запись:

«прошел послерейсовый медицинский осмотр» или «прошел послерейсовый медицинский осмотр, выявлены признаки» с указанием выявленных признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды и трудового процесса на состояние здоровья, острого профессионального заболевания или отравления, признаков алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, которая заверяется подписью медицинского работника Исполнителя, проводившего медицинский осмотр, с указанием его фамилии, имени и отчества (при наличии).

2.17. По результатам прохождения медицинского осмотра при вынесении медицинских заключений, в путевом листе медицинским работником Исполнителя, проводившим соответствующий медицинский осмотр, проставляются дата, время и результат проведения медицинского осмотра в виде отметки «прошел предрейсовый медицинский осмотр, к исполнению трудовых обязанностей допущен», «прошел послерейсовый медицинский осмотр» или «прошел послерейсовый медицинский осмотр, выявлены признаки» с указанием воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды и трудового процесса на состояние здоровья работника, острого профессионального заболевания или отравления, признаков алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения и заверяются его собственноручной подписью на бумажном носителе с указанием фамилии, имени и отчества (при наличии) медицинского работника Исполнителя.

2.18. В случае выявления медицинским работником Исполнителя по результатам медицинских осмотров признаков и (или) остаточных явлений, указанных в подпункте первом пункта 2.9. настоящего договора, или признаков, указанных подпункте первом пункта 2.10. настоящего договора, осматриваемому работнику Заказчика медицинским работником Исполнителя выдается справка о выявлении признаков и (или) остаточных явлений, указанных в подпункте первом пункта 2.11. настоящего договора, или признаков, указанных подпункте первом пункта 2.10 настоящего договора.

2.19. В справке указываются порядковый номер, дата (число, месяц, год) и время (часы, минуты) проведения соответствующего медицинского осмотра, предварительный диагноз.

Справка подписывается медицинским работником Исполнителя, проводившим медицинский осмотр, с указанием фамилии, имени и отчества (при наличии) медицинского работника.

2.20. Исполнитель обеспечивает учет всех выданных справок, указанных в пункте 2.19. настоящего договора.

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 КГБУЗ ККПНД № 5 (Приложение № 1 к 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.

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.

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.

3.4. 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.

3.5. 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.

4. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1. Договор вступает в силу со дня подписания его Сторонами, и действует по «__» ____ 20____, а в части оплаты до полного выполнения Сторонами обязательств по нему.

4.2. Любые изменения и дополнения к Договору имеют силу только в том случае, если они оформлены в письменном виде, подписаны уполномоченными на то представителями Сторон.

4.1. Осуществление между Сторонами переписки производится по адресам, указанным в Договоре. Стороны обязуются незамедлительно информировать друг друга обо всех изменениях в своих реквизитах (изменение адреса, организационно-правовой формы и т.п.).

Сторона, не известившая или несвоевременно известившая об изменении своих реквизитов, несет риск возможных последствий, связанных с ненадлежащим исполнением данного обязательства.

4.2. Договор составлен в 2 (двух) подлинных экземплярах, по одному экземпляру для Заказчика и Исполнителя. Оба экземпляра идентичны и имеют одинаковую юридическую силу.

5. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

«Исполнитель»

«Заказчик»

КГБУЗ ККПНД № 5

Юридический адрес (местонахождение):

663305, Красноярский край, г. Норильск,

р-он Центральный, ул. Богдана Хмельницкого, 20

Телефон: (3919) 46-11-61 (приемная)

(3919) 46-33-25 (ПЭО)

Факс: (3919) 46-39-82

ИНН 2457045484 КПП 245701001

ОГРН 1022401623551 ОКТМО 04729000001

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

E-mail: 463348@mail.ru

Главный врач

_____/_____/

«____» _____ 20____ г.

М.П.

_____/_____/

«____» _____ 20____ г.

М.П.

СТОИМОСТЬ
медицинских услуг

№ п/п	Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Плата на услугу, руб.
1	В 04.070.000.000.011	Предрейсовый/послерейсовый медицинский осмотр на территории другого учреждения (1 час)	850,00

Главный врач

_____/_____/_____
«____» _____ 20__
М.П.

_____/_____/_____
«____» _____ 20__
М.П.

АКТ № _____
об оказании услуг
за _____ 20__ г.

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 _____ вместе именуемые Стороны, составили настоящий Акт о том, что Исполнителем оказаны услуги в полном (не полном) объеме и что оказанные Исполнителем услуги удовлетворяют (не удовлетворяют) условиям Договора № _____ от «__» _____ 20__ г.

Замечания Заказчика:

Стоимость (цена) оказанных услуг составляет: _____ (_____) рублей.

Настоящий Акт об оказании услуг составлен в двух экземплярах, по одному экземпляру для каждой Стороны.

Исполнитель	Заказчик
_____/_____ М.П.	_____/_____ М.П.

ОБРАЗЕЦ СОГЛАСОВАЛИ:

«Исполнитель»

«Заказчик»

Главный врач

_____/_____
«__» _____ 20__
М.П.

_____/_____
«__» _____ 20__
М.П.

