**Договор возмездного оказания услуг по проведению комиссионного психиатрического освидетельствования №\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Москва | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. |

Общество с ограниченной ответственностью «Клиника профилактической медицины и лабораторной диагностики» (ООО «ПрофМедЛаб»), в лице Генерального директора Черновой Марии Александровны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании устава, именуемое в дальнейшем «Заказчик», а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

**1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется обеспечить организацию оказания медицинских услуг по проведению комиссионного психиатрического освидетельствования и электроэнцефалографического исследования работников Заказчика (далее — психиатрическое освидетельствование с электроэнцефалографическим исследованием) в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 23 сентября 2002 г. № 695 «О прохождении обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающими в условиях повышенной опасности», направляемых Заказчиком в рамках проведения медицинских осмотров, а Заказчик обязуется оплатить их стоимость.

1.2. Исполнитель, обеспечивая организацию оказания медицинских услуг, действует на основании Лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/00321324.

**2.ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

2.1. Психиатрическое освидетельствование с электроэнцефалографическим исследованием проводится по адресу: Москва, Пресненский Вал, д. 14, стр. 3

2.2. Психиатрическое освидетельствование с электроэнцефалографическим исследованием проводится на основании списков работников, предоставляемых Заказчиком Исполнителю, по форме, указанной в приложении № 2 к настоящему договору, паспорта физического лица (или другого документа установленного образца, удостоверяющего его личность) и соответствующего направления по форме, установленной Приложением № 1 к настоящему договору.

2.3. Для проведения медицинского освидетельствования жители города Москвы, имеющие постоянную регистрацию, должны предъявить паспорт с отметкой о регистрации в любом административном округе города Москвы. Жители других регионов России, помимо паспорта, должны предоставить справку об отсутствии обращений в специализированное психоневрологическое учреждение (кабинеты) по месту постоянной регистрации (либо выписку из медицинской карты амбулаторного больного из специализированного психоневрологического учреждения (кабинета) по месту жительства), заверенную печатью такого учреждения, и затем пройти психиатрическое освидетельствование.

Иностранные граждане должны предъявить национальный паспорт, справку об отсутствии обращений к психиатру (с переводом на русский язык) и затем пройти психиатрическое освидетельствование.

2.4. По результатам проведенного психиатрического освидетельствования Исполнитель выдает на руки освидетельствованным лицам Решение комиссии (Приложение к Приказу Департамента здравоохранения города Москвы от 18.09.2008г. № 705).

2.5. Освидетельствование работников проводится в срок не более 20 дней с даты их обращения во врачебную комиссию Исполнителя.

2.6. В целях освидетельствования комиссия вправе запрашивать у медицинских учреждений дополнительные сведения, о чем лицо, подлежащее освидетельствованию, ставится в известность. В этом случае комиссия принимает соответствующее решение в течение 10 дней после получения дополнительных сведений.

2.7. Решение врачебной комиссии (в письменной форме) выдается работнику под роспись в день прохождения освидетельствования.

2.8. Сообщение врачебной комиссии (в письменной форме) о дате принятия решения комиссией и дате выдачи его работнику направляется Заказчику в течение 3 рабочих дней после его принятия.

**3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ**

3.1. Одна медицинская услуга включает в, себя проведение комиссионного психиатрического освидетельствования и электроэнцефалографического исследования.

3.2. Стоимость одного комиссионного психиатрического освидетельствования на дату подписания Договора составляет **1300 (одна тысяча триста) рублей 00 копеек**, НДС не облагается.

3.3. Стоимость одного электроэнцефалографического исследования на дату подписания Договора составляет **1000 (одна тысяча) рублей 00 копеек**, НДС не облагается.

3.4. Общая стоимость одной медицинской услуги **составляет 2300 (две тысячи триста) рублей 00 копеек**, НДС не облагается.

3.5.Заказчик производит 100% (сто процентную) предварительную оплату в безналичной форме, в течение 5 (пяти) банковских дней на основании подписанных Сторонами списков работников, направленных на освидетельствование и счетов, выставленных Исполнителем, путём перечисления денежных средств на расчетный счёт Исполнителя.

**4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Обеспечить организацию оказания медицинских услуг надлежащего качества, с использованием достоверных и сертифицированных методов исследования и высококачественных тест-систем.

4.1.2. Обеспечить получение письменного информированного добровольного согласия гражданина на медицинское вмешательство, а также на обработку персональных данных в рамках действующего законодательства;

4.1.3. Обеспечить при оказании услуг соблюдение медицинских норм и правил, в том числе, санитарно-эпидемиологический режим.

4.1.4. Обеспечить соблюдение врачебной тайны и режима конфиденциальности в отношении информации, полученной в процессе исполнения настоящего Договора в рамках Федерального закона от 21.11.2011 №323-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», и учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.

4.1.5. В течение 5 (пяти) рабочих дней месяца, следующего за отчетным, представить на подпись Заказчику Акт сдачи-приемки оказанных услуг и счет за оказанные услуги.

4.1.6. Обеспечить ведение медицинской документации и учета лиц, направляемых на психиатрическое освидетельствование.

4.2. Заказчик обязан:

4.2.1. Выдать лицу, направляемому на психиатрическое освидетельствование, направление.

4.2.2. Разъяснить лицу, направляемому на психиатрическое освидетельствование порядок и условия предоставления медицинской услуги:

а) о необходимости иметь при себе направление на психиатрическое освидетельствование, паспорт (или другой документ установленного образца, удостоверяющий его личность).

б) об обязанности предоставить Исполнителю в письменном виде свое письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, а также на обработку персональных данных в рамках действующего законодательства;

в) об обязанности сообщить о себе врачу-психиатру все запрошенные им сведения медицинского и иного характера, предоставить возможность психиатрического освидетельствования в соответствии с порядком, установленным Исполнителем.

4.2.3. Вести учет лиц, направляемых на психиатрическое освидетельствование.

4.2.4. Своевременно производить оплату оказанных услуг.

4.3. Исполнитель имеет право:

4.3.1. Требовать от Заказчика предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания медицинских услуг.

4.3.2. В случае нарушения Заказчиком условий настоящего договора, отказаться от обеспечения организации оказания медицинских услуг при условии полного возмещения заказчику убытков.

4.4. Заказчик имеет право:

4.4.1. С согласия лица, направленного на психиатрическое освидетельствование, получать от Исполнителя сведения медицинского характера в части его касающейся, возникающие во время исполнения услуги;

4.4.2. Отказаться от исполнения Договора в любое время, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов и оплатив Исполнителю фактически оказанные услуги в порядке, предусмотренном настоящим Договором.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. В случае невозможности исполнения обязательств по вине Заказчика оплате подлежит объем фактически оказанных Исполнителем услуг.

5.2. В случае, когда невозможность исполнения обязательств возникла по обстоятельствам, не зависящим от воли сторон, Заказчик освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это произошло вследствие обстоятельств непреодолимой силы, нарушения Заказчиком своих обязательств или в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

**6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

6.1. Настоящий договор об оказании медицинских услуг вступает в силу со дня его подписания сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по настоящему Договору.

6.2. Прекращение действия Договора не освобождает Стороны от обязанности возмещения убытков и уплаты штрафных санкций и иной ответственности, законодательством Российской Федерации.

**7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

7.1. Споры и/или разногласия, возникшие между Сторонами при исполнении условий настоящего Договора, решаются путём переговоров в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. В случае невозможности разрешения разногласий путем переговоров они подлежат рассмотрению в арбитражном суде г. Москвы в установленном порядке.

**8. ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

8.1. Расторжение договора допускается по соглашению сторон, по решению суда, в одностороннем порядке в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

**9. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

9.1 Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон, оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

9.2. Условия Договора могут быть изменены по взаимному согласию сторон путём подписания Дополнительного соглашения, которое с момента подписания становится неотъемлемой частью настоящего договора.

9.3. Все уведомления и заявления Сторон в ходе исполнения настоящего Договора направляются в письменной форме по средствам факсимильной или электронной почты, либо почтой, заказным письмом с уведомлением, с последующим направлением оригинала. При этом Сторона-отправитель должна удостовериться в получении Стороной-адресатом направленного сообщения, предупреждения или заявления.

9.4. Приложение №1 – форма направления на комиссионное психиатрическое освидетельствование.

9.5. Приложение №2 – форма списков работников, направляемых на комиссионное психиатрическое освидетельствование с электроэнцефалографическим исследованием.

**10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:**

|  |  |
| --- | --- |
| **ЗАКАЗЧИК**: | **ИСПОЛНИТЕЛЬ**:  **Общество с ограниченной ответственностью «Клиника профилактической медицины и лабораторной диагностики»**  **(ООО «ПрофМедЛаб»)**  Лицензия: № Л041-01137-77/00321324 Юридический адрес 123557, г. Москва, Пресненский вал, д. 14, стр. 3 пом. I, комн.17, эт. 1  Фактический адрес: 123557, г. Москва, Пресненский вал, д. 14, стр. 3  ИНН 7703105360, КПП 770301001  р/с 40702810302740004250  в АО «АЛЬФА-БАНК» г. Москва  к/с 30101810200000000593  БИК 044525593, ОКВЭД 85.11, ОКПО 42426428  Тел.: (495) 120-08-07 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**    \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.  М.П. |  | **Генеральный директор**  **ООО «ПрофМедЛаб»**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /М. А. Чернова/**  \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.  М.П. |

Приложение № 1

К договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

к Постановлению Правительства РФ от 23.09.2002 N 695 (ред. от 25.03.2013)

"О прохождении обязательного психиатрического освидетельствования работниками,

осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность,

связанную с источниками повышенной опасности

(с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов),

а также работающими в условиях повышенной опасности"

Организация (предприятие)

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

(адрес)

Код ОГРН

НАПРАВЛЕНИЕ

НА ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ

**Общество с ограниченной ответственностью**

**«Клиника профилактической медицины и лабораторной диагностики»**

**ОГРН 1157746178314**

1. Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Адрес прописки/регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Вид освидетельствования:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Наименование структурного подразделения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Профессия / должность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Вредные и (или) опасные производственные факторы, а также виды работ:\_\_\_\_\_\_

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

Освидетельствование прошу провести в соответствие с постановлением Постановление Правительства РФ от 23.09.2002 N695 "О прохождении обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающими в условиях повышенной опасности", приказом Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011г. № 302н.

Направление выдал:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Должность, Подпись, ФИО)

Приложение № 2

К договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ФОРМА СПИСКА | | | | |
| работников, направляемых на комиссионное психиатрическое освидетельствование с электроэнцефалографическим исследованием | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **№п/п** | **ФИО, г.р.** | **Должность** | **Паспортные данные** | **Адрес регистрации** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |