

ДОГОВОР № П 10/2025

на оказание медицинских услуг по проведению предрейсовых и послерейсовых медицинских осмотров водителям транспортных средств

с. Косиха

« 9 » января 2025 г.

Краевое Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Косихинская центральная районная больница» (КГБУЗ «Косихинская ЦРБ»), имеющее лицензию на проведение медицинской деятельности № Л041-01151-22/00347164; от 25.01.2019 г., ., в лице исполняющего обязанности главного врача Сошенко Галины Владимировны, действующего на основании приказа МЗ АК № 295-к/р от 15.05.2024, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и

МБОУ «Косихинская средняя общеобразовательная школа», в лице директора Плотниковой Татьяны Валентиновны, действующего на основании устава, именуемое в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, именуемые каждое в отдельности «Сторона», а совместно «Стороны», в соответствии с п. 4 ч.1 ст.93 Федерального закона от 5 апреля 2013г. №44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Медицинское учреждение (далее – исполнитель) обязуется оказывать медицинские услуги водителям транспортных средств заказчика (пациентам) по проведению предрейсовых и послерейсовых медицинских осмотров (далее – Услуги), а заказчик обязуется принять и оплатить услуги исполнителя в порядке, размере и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

1.2. Оказываемые услуги по своему качеству и содержанию должны соответствовать методическим рекомендациям по организации и порядку проведения предрейсовых/ послерейсовых медицинских осмотров водителей транспортных средств, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. N 835н «Порядок проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров».

2. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

2.1. Целью предрейсовых/послерейсовых медицинских осмотров водителей является выявление лиц, которые по медицинским показаниям не могут быть допущены к управлению автотранспортом как с позиции обеспечения безопасности дорожного движения, так и охраны здоровья водителя и пассажиров.

2.2. Предрейсовый/послерейсовый медицинский осмотр включает проведение медицинским персоналом Исполнителя следующих мероприятий:

- рассмотрение жалоб водителя;
- проведение визуального осмотра;
- измерение температуры, давления, пульса;
- выявление признаков опьянения;
- определение процента алкоголя в крови;
- определение наличия алкоголя и других психотропных веществ в выдыхаемом воздухе или биологических субстратах одним из официально признанных методов;
- при наличии показаний, проведение любых других разрешенных медицинских исследований, необходимых для решения вопроса о допуске к работе водителя.

2.3. Для водителей, больных гипертонической болезнью, медицинским персоналом Исполнителя определяется индивидуальная норма артериального давления по результатам замеров не менее чем десяти предрейсовых медицинских осмотров.

2.4. При решении вопроса о возможности допуска водителя к управлению автомобилем медицинский работник Исполнителя, проводящий предрейсовый/послерейсовый медицинский осмотр, учитывает принадлежность водителя к одной из групп риска, возраст, стаж работы в профессии, условия работы и характер производственных факторов.

2.5. Водители не допускаются к управлению автомобилем в следующих случаях:

- при выявлении признаков временной нетрудоспособности;
- при положительной пробе на алкоголь, на другие психотропные вещества и наркотики в выдыхаемом воздухе или биологических субстратах;
- при выявлении признаков воздействия наркотических веществ;
- при выявлении признаков воздействия лекарственных или иных веществ, отрицательно влияющих на работоспособность водителя.

2.6. При допуске к рейсу на путевых листах ставится штамп "Прошел предрейсовый/послерейсовый медицинский осмотр" и подпись медицинского работника, проводившего осмотр.

- 2.7. По результатам предрейсового/послерейсового медицинского осмотра ведётся полицейской учёт отстранённых от работы водителей, для чего используются бланки карт амбулаторного больного. В карту заносятся результаты освидетельствования (анамнез, объективные данные осмотра, причина отстранения).
- 2.8. Предрейсовые/послерейсовые медицинские осмотры проводятся только медицинским персоналом, имеющим соответствующий сертификат, а медицинское учреждение - лицензию.

3. СТОИМОСТЬ РАБОТ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость медицинских услуг по проведению предрейсовых медицинских осмотров водителей заказчика (общая стоимость договора) составляет 15744 (пятнадцать тысяч семьсот сорок четыре) рублей 00 копеек. Цена договора является твёрдой, не может изменяться в ходе исполнения договора, за исключением случаев, установленных договором и предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Стоимость одного освидетельствования составляет 64 (шестьдесят четыре) рубля.

Количество осмотров: 246 ед.

3.2. Оплата медицинских услуг по настоящему договору производится в течение 30 (тридцати) календарных дней на основании выставленных исполнителем счетов-фактур заказчику, путём перечисления денежных средств на расчётный счёт исполнителя.

3.3. Оплата производится за счёт средств Муниципальный бюджет.

3.4. Медицинские услуги по настоящему договору НДС не облагаются согласно статьи 149 Налогового кодекса Российской Федерации.

3.5. По истечении каждого месяца, в котором оказывались услуги по настоящему договору, не позднее 10 (Десятого) числа месяца следующего за отчётным, исполнитель подготавливает и направляет заказчику для подписания акт приёма-сдачи оказанных услуг.

3.6. Акт приёма-сдачи оказанных услуг по договору заказчик подписывает в течение 3 (Трёх) рабочих дней с момента его получения от исполнителя или в тот же срок составляет мотивированный письменный отказ от подписания акта приёма-сдачи оказанных услуг по настоящему договору и направляет указанный отказ в адрес исполнителя. В случае неподписания заказчиком акта приёма-сдачи оказанных услуг без мотивированных оснований в указанный срок, услуги считаются надлежаще оказанными исполнителем, а акт приёма-сдачи оказанных услуг – подписанным.

4. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Оказать предусмотренные договором услуги, обеспечив их надлежащее качество, в соответствии с требованиями нормативных документов, в сроки, установленные договором, в пределах цены договора.

4.1.2. обеспечить методическое руководство и контроль за деятельностью медицинских работников, осуществляющих предрейсовые/послерейсовые медицинские осмотры;

4.1.3. организовать повышение квалификации специалистов по вопросам организации проведения предрейсовых медицинских осмотров;

4.1.4. обеспечить медицинских работников бланками учётно-отчётной документации;

4.1.5 представлять в установленном порядке отчёты по результатам проводимых предрейсовых/послерейсовых медицинских осмотров.

4.1.6. Обеспечить соблюдение санитарно-эпидемиологических правил в процессе оказания Медицинских услуг.

4.1.7. Выдавать пациентам заключение о допуске к работам путём проставления соответствующего штампа в путевом листе.

4.1.8. Записывать результаты приведённого предрейсового медицинского осмотра в специальный журнал.

4.1.9. По окончании осмотра сообщать заказчику о пациентах, не прошедших предрейсовый медицинский осмотр, и о пациентах, не допущенных к работе в результате осмотра.

4.1.10. Предоставлять пациентам понятную и доступную информацию о ходе оказания Медицинских услуг.

4.1.11. Незамедлительно информировать заказчика о возникновении причин, препятствующих оказанию медицинских услуг, и принять необходимые меры к возобновлению выполнения своих обязательств по настоящему договору.

4.1.12. В случае привлечения соисполнителей для оказания услуг исполнитель обязан предоставить информацию о них не позднее десяти дней с момента заключения им договора с соисполнителем.

4.1.13. Выполнить весь объём услуг, предусмотренных настоящим договором.

4.2. Заказчик обязан:

4.2.1. Принять и оплатить оказанные услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим договором.

4.2.2. Выдавать пациентам путевые листы.

4.2.3. Уведомлять пациентов о необходимости предоставлять исполнителю достоверную информацию о себе, имеющую значение для оказания медицинских услуг.

4.2.4. Уведомить пациентов о необходимости выполнять все назначения специалистов исполнителя, связанные с оказанием медицинских услуг.

4.2.5. Уведомить пациентов о том, что для получения медицинских услуг необходимо подписать соответствующие приложение к медицинской карте – заявление, содержащее согласие на обработку/передачу данных, отнесённых действующим законодательством к персональным данным и/или врачебной тайне, составленное по форме, утверждённой исполнителем.

4.2.6. Направить исполнителю требование об уплате неустоек (штрафов, пеней) за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору.

4.3. Исполнитель вправе:

4.3.1. Требовать от заказчика приёмки оказанной услуги.

4.3.2. Требовать от заказчика оплаты принятой без замечаний результата оказанной услуги.

4.3.3. Требовать уплаты неустоек (штрафов, пеней) и (или) убытков, причинённых по вине заказчика.

4.3.4. Исполнитель в полном объёме отвечает перед заказчиком за действия привлечённых лиц, в том числе в полном объёме возмещает ущерб, причинённый как Заказчику, так и третьим лицам.

4.3.5. Выполнять иные обязанности, предусмотренные настоящим договором и действующим законодательством РФ при проведении предрейсовых медицинских осмотров.

4.4. Заказчик вправе:

4.4.1. Требовать от исполнителя надлежащего исполнения обязательств в соответствии с договором, а также требовать своевременного устранения выявленных недостатков.

4.4.2. Проверять в любое время ход и качество оказываемой исполнителем услуги по договору, оказывать консультативную и иную помощь исполнителю без вмешательства в его оперативно-хозяйственную деятельность.

4.4.3. Требовать возмещения убытков, причинённых по вине исполнителя.

4.4.4. Отказаться от исполнения договора и потребовать возмещения убытков, если исполнитель не приступает своевременно к исполнению оказания услуг.

4.4.5. Осуществлять иные права, предусмотренные договором и (или) законодательством Российской Федерации.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. В случае нарушения заказчиком сроков оплаты оказанных услуг по настоящему договору исполнитель имеет право приостановить исполнение обязательств по договору.

5.3. Все споры, возникающие по настоящему договору в процессе его исполнения, разрешаются путем переговоров сторон, а при отсутствии достигнутой договорённости - установленном действующим законодательством Российской Федерации.

6. МЕСТО ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

6.1. Услуги оказываются по месту нахождения исполнителя:

- 659820, Алтайский край, Косихинский район, с. Косиха, улица Больничный поселок, 7;

- 659810, Алтайский край, Косихинский район, с. Налобиха, ул. Смышляева, д.23;

- 659801, Алтайский край, Косихинский район, пос. Украинский, ул. Школьная 18;

- 659811, Алтайский край, Косихинский район, с. Контошино, ул. Школьная, 1.

- 659820, Алтайский край, Косихинский район, с. Лосиха, ул. Советская, 69.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.2. Договор вступает в силу с момента подписания и действует по 31 декабря 2025 г. включительно, за исключением обязательств по оплате, возмещению убытков, выплате неустоек (штрафов, пеней). После подписания настоящего договора все предыдущие договора и соглашения теряют силу.

7.3. Настоящий договор может быть расторгнут досрочно в одном из следующих случаев:

7.3.1. По соглашению сторон (оформляется соглашением о расторжении).

7.3.2. По требованию одной из сторон. Любая сторона вправе отказаться от исполнения настоящего договора в одностороннем внесудебном порядке, направив письменное уведомление об этом другой стороне не позднее, чем за 14 (четырнадцать) дней до предполагаемой даты прекращения договорных отношений. Договор прекращает своё действие с даты, указанной в уведомлении. Между сторонами производится сверка взаиморасчётов (подписывается акт сверки расчётов) и производится полный взаиморасчет.

7.4. Исполнитель имеет право отказаться от исполнения настоящего договора в одностороннем порядке в случае неоплаты заказчиком оказанных ему исполнителем услуг за два месяца. Договор прекращает своё действие с даты, указанной в уведомлении.

7.5. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

8. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

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

8.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору возможны по соглашению сторон, оформляются в письменной форме путём подписания сторонами дополнительных соглашений к договору. Дополнительные соглашения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью и вступают в силу с момента их подписания сторонами.

8.3. Стороны обязаны рассматривать поступившие письма, претензии и давать ответы на них по существу в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента их получения.

9. ПРИЛОЖЕНИЯ К ДОГОВОРУ

9.1. Приложение №1 Информированное согласие об объеме и условиях, оказываемых платных медицинских услуг

10. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА СТОРОН.

Исполнитель

КГБУЗ «Косихинская ЦРБ»
659820, с. Косиха, улица Больничный посёлок, 7
Email: 0291pu427@corp.zdravalt.ru
Тел/факс: 8 (38531) 2-21-27
ОГРН 1022202191681
ИНН 2249007209
КПП 224901001
ОКТМО 01618434
Р/с 03224643010000001700
МИНИСТЕРСТВО ФИНАНСОВ АЛТАЙСКОГО
КРАЯ (КГБУЗ «Косихинская ЦРБ» л/с
20176У25050)
ОТДЕЛЕНИЕ БАРНАУЛ БАНКА
РОССИИ//УФК по Алтайскому краю г. Барнаул
Единый казначейский счет
40102810045370000009
БИК 010173001
КБК 00000000000000000130

И. о. главного врача _____ Г. В. Сошенко
М.П.

Заказчик

МБОУ «Лосихинская СОШ»
659825, Алтайский край, Косихинский район,
с. Лосиха, пер. Школьный, 6А
тел.: (8 385 31) 25312
ИНН/КПП 2249004494/224901001
ОГРН 001022202191989
ОКАТО 01218840000
УФК по Алтайскому краю
(МБОУ «Лосихинская СОШ»)
л/с 20176Щ00030
Р/С 03234643016180001700
ОТДЕЛЕНИЕ БАРНАУЛ БАНКА РОССИИ//
УФК по Алтайскому краю г. Барнаул,
БИК 010173001
Кор.счет 40102810045370000009

Директор _____ Т. В. Плотникова
М.П.

**Информированное согласие
об объеме и условиях, оказываемых платных медицинских услуг**

Я, _____ в рамках
договора на оказание платных медицинских услуг № _____ от « ____ » _____ 20__ г.,
желаю получить платные
медицинские услуги в КГБУЗ «Косихинская ЦРБ» (далее по тексту - Учреждение), при этом мне
разъяснено и мною осознано следующее:

Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг и даю своё согласие на
их получение, и осознаю, что мне могут оказать, аналогичные медицинские услуги в других медицинских
учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.

Я согласен (на) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью
исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими
особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований,
Учреждение не несет ответственности за их возникновение.

Мне разъяснено, что я могу получить, один из видов платных медицинских услуг, так и несколько
видов услуг.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все
назначения, рекомендации и советы врачей Учреждения.

Я подтверждаю, что при подписании настоящего информированного согласия меня уведомили о
том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников Учреждения, в том числе
назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги,
повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии
здоровья.

Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое
согласие на их оплату.

Я подтверждаю, что даю свое согласие на обработку Учреждением моих персональных данных,
ставших ему известными, при подписании настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятно
назначение данного документа, полученные разъяснения от медицинских работников понятны и меня
удовлетворяют. Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения
предварительной беседы и является приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг.

Потребитель: _____
Паспорт: № _____ серия _____
Выдан _____
Адрес: _____
Телефон: _____

Подпись

_____ / _____ /

« ____ » _____ 20__ г.

Оператор ЭДО ООО "Компания "Тензор"			
Идентификатор: 799eaa45-370f-47d5-9ec6-43cf70c004f7			
ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ			
ОТПРАВЛЕНО	КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "КОСИХИНСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА", Сошенко Галина Владимировна, Исполняющий обязанности главного врача	17.01.25 07:21 (MSK)	Сертификат 27BB17AD4320B8570CB86C1ACD050624
УТВЕРЖДЕНО	МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЛОСИХИНСКАЯ СРЕДНЯЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА", Плотникова Татьяна Валентиновна, ДИРЕКТОР	21.01.25 05:43 (MSK)	Сертификат 27B22FE07AD1EECFB53A7DC40364F162