ДОГОВОР №

на оказание медицинских услуг

г. Пермь « » 20_____г.

Общество с ограниченной ответственностью «Качество жизни», именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице директора Кац Ады Давидовны, действующей на основании Устава, Лицензии № ЛО41-01167-59/00364620 от 09.02.2018 г., выданной Министерством здравоохранения Пермского края, и гражданин (ка)

_____,

именуемый (ая) в дальнейшем Заказчик , с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1. Заказчик поручает, а Исполнитель оказывает услуги по проведению обязательного медицинского осмотра в соответствии с требованиями Приказа Минздравсоцразвития Российской Федерации № 29 н от 28.01.2021 г.

ОБЯЗАННОСТИ, ПРАВА

2. Заказчик обязуется: 2.1.1. Предоставить от работодателя письменное направление в соответствии с Приказом МЗ РФ **№ 29 н от 28.01.2021.** 2.1.2. Предоставить при наличии заключение по результатам Обязательного психиатрического освидетельствования(Далее – ОПО); справки (медицинские заключения) от психиатра, нарколога – психиатра из диспансеров по месту регистрации граждан; результат флюорографии сроком не более 12 месяцев; результат Маммографии в 2 проекциях для женщин старше 40 лет (при наличии). 2.1.3. Оплатить стоимость выполненных услуг; 2.1.3. Проходить дополнительные исследования на основании справок, оформленных Исполнителем для уточнения диагноза.2.1.4. Проходить мед. осмотр в соответствии с планом-графиком .2.15.Заполнить анкету медицинского осмотра.

3. Заказчик имеет право: 3.1 Получать от Исполнителя медицинское заключение о наличие/ отсутствие противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ и вписку из амбулаторной карты медицинского осмотра, результаты осмотров и исследований;

4. Исполнитель обязуется:

4.1. Провести медицинский осмотр в соответствии с требуемым объемом и установленному индивидуальному плану графику; 4.2. Провести медицинский осмотр при предоставлении: письменного направления от работодателя , паспорт (или иной документ, удостоверяющий личность); страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС); решение врачебной комиссии, проводившей обязательное психиатрическое освидетельствование (в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации), справок (медицинских заключений) от психиатра и нарколога – психиатра (из диспансеров по месту регистрации граждан), результата флюорографии, результата Маммографии в 2 проекциях для женщин старше 40 лет (при наличии)..4. 3. В случае выявления медицинских противопоказаний к отдельным видам работ, направить заказчика на экспертизу профессиональной пригодности в соответствии с требованиями Приказа Министерства Здравоохранения Российской Федерации;

5. Исполнитель имеет право 5. 1. Не проводить медицинский осмотр в случае, если Работник находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения; действия угрожают жизни и здоровью персонала Исполнителя; 5.2. Работник не подписал Информированное согласие на оказание услуги, согласие на обработку персональных данных;

6. Стоимость и порядок расчетов

6.1 Расчет стоимости оказанных услуг проводится на основании прейскуранта цен с учетом фактического объема осмотров и обследований, проведенных в соответствии с требованиями приказа № 29 н от 28.01.2021 года МЗ РФ; . Оплата осуществляется в порядке 100% предоплаты каждого вида осмотра и обследования, проводимых в соответствии с планом-графиком наличными денежными средствами в кассу Исполнителя или банковской картой.. Возврат денежных средств за проведенные осмотры и обследования в случае отказа от проведения медицинского осмотра не проводится.

Наименование медицинских услуг	Стоимость услуг

6.2. Исполнитель выдает Заказчику документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек) и акт выполненных услуг.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору в порядке и на условиях, определенных действующим законодательством Российской Федерации. 4.4. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение (ненадлежащее исполнение) явилось следствием непреодолимой силы (форс-мажорных обстоятельств).

8.СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, вступает в силу с момента подписания и действует до их полного исполнения.

Исполнитель

ООО «Качество жизни»

Юридический и почтовый адрес:

614000, г. Пермь, ул. Крисанова,10 ,

тел. 255-41-37, эл. почта – kachjizni @mail.ru ИНН 5902146230 , ОГРН 1045900078971

КПП 590201001

р/с 40702810249490152575

в ПАО Сбербанк России,к/с 30101810900000000060

БИК 0457736 Сайт kachjizni.ru

Директор _____ Кац А.Д. м.п.

Заказчик _____**Ф.И.О.**

Адрес: _____

Паспорт:

серия_____**№**_____

Дата _____

Кем выдан, кем _ выдачи

_____

_____

Телефон _____

3,

Заказчик_____(_____)