

г. Москва

\_\_\_\_\_ 2018 г.

\_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с одной стороны и

**Общество с ограниченной ответственностью «САНМЕДЭКСПЕРТ» (ООО «САНМЕДЭКСПЕРТ»)** (лицензия на медицинскую деятельность № ЛО-77-01-012987, выдана 30 августа 2016 г. Департаментом здравоохранения города Москвы), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Чернаковой Светланы Викторовны, действующего на основании Устава, с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно «Стороны», заключили настоящий договор (далее – **Договор**) о нижеследующем:

## 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По Договору Исполнитель обязуется оказывать медицинские услуги по проведению обязательных психиатрических освидетельствований (далее - **ОПО**) работников Заказчика (далее – Услуги), а Заказчик обязуется оплатить эти Услуги.

1.2. Исполнитель оказывает Услуги в соответствии с требованиями Постановления Правительства РФ от 23.09.2002 N 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», Перечня медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, утв. постановлением Совета Министров – Правительства РФ от 28.04.1993 № 377, а также иных правовых актов РФ в области проведения обязательного психиатрического освидетельствования.

1.3. Услуги оказываются Исполнителем в соответствии с Календарным планом (Приложение № 1 к Договору).

1.4. Услуги оказываются Исполнителем по адресу: 105005, г. Москва, Б. Демидовский пер., д.17/1.

## 2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

### 2.1. Обязанности Заказчика:

2.1.1. Предоставить Исполнителю Заявку с поименным списком работников, направляемых на ОПО (в формате Excel; в свободной форме (с указанием ФИО полностью)) до даты начала соответствующего календарного месяца оказания Услуг или до начала периода в соответствии с Календарным планом (с учетом пп. 2.2.1 Договора).

2.1.2. Обеспечивать выдачу под роспись каждому работнику, направляемому на ОПО, направления на обязательное психиатрическое освидетельствование по форме, приведённой в Приложении №2 к Договору.

2.1.3. Информировать каждого работника, направляемого на ОПО о месте нахождения и

режиме работы Исполнителя, а также об обязанности предоставить Исполнителю при явке на ОПО направление и общегражданский паспорт.

2.14. Обеспечивать явку работников на ОПО в количестве, согласованном с Исполнителем.

2.15. Своевременно рассматривать и подписывать Акты оказанных Услуг.

2.16. Оплачивать Услуги Исполнителя в сроки и в размере, указанные в Договоре.

## **2.2. Обязанности Исполнителя:**

2.2.1. Оказывать Услуги на высоком профессиональном уровне, в соответствии с действующим законодательством РФ.

Приступить к оказанию Услуг после получения предоплаты за соответствующий календарный месяц оказания Услуг или соответствующий период, указанный в Календарном плане.

2.2.2. Проводить ОПО врачебной психиатрической комиссией (далее – Комиссия) работников Заказчика, прибывших по направлениям, в день обращения.

ОПО проводится при наличии информированного добровольного согласия (по форме Приложения №3 к Договору) или оформляется отказ (по форме Приложения № 4 к Договору)

### **В процессе ОПО работнику проводится:**

- осмотр врачами-психиатрами, психиатрами-наркологами в составе Комиссии;
- электроэнцефалограмма (ЭЭГ).

### **для отдельных категорий профессий:**

- электрокардиограмма (ЭКГ);
- экспериментально-психологическое исследование (ЭПИ);

### **по показаниям:**

- химико-токсикологическое исследование мочи (ХТИ).

В случае, если в процессе ОПО выявлены противопоказания к осуществлению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, Комиссия имеет право вынести решение о годности (негодности) работника, приостановить профессиональную деятельность обследуемого и направить его для уточнения диагноза в психоневрологический диспансер (ПНД) по месту регистрации.

**Решение Комиссии** (по форме Приложения № 5 к Договору) **выдается работнику Заказчика на руки** (под роспись в день проведения ОПО).

**В адрес Заказчика высылается сообщение** (по форме Приложения № 6 к Договору) о дате принятия Комиссией решения и дате выдачи решения работнику.

Решение Комиссии фиксируется в медицинской карте работника.

2.2.3. Предоставлять Заказчику по окончании календарного месяца оказания Услуг:

- отчет об оказанных услугах с поименным перечнем работников, прошедших ОПО и с детализацией услуг. В случае отсутствия мотивированного возражения в течение 2 (двух)

рабочих дней со дня получения отчета, отчет считается принятым Заказчиком.

- Акт оказанных услуг по истечении срока необходимого для согласования отчета об оказанных услугах.

### 3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость оказания услуги по проведению комплексного ОПО 1 (одного) работника Заказчика является фиксированной и составляет \_\_\_\_\_ руб. (\_\_\_\_\_ рублей), без НДС.

**Стоимость химико-токсикологического исследования мочи (ХТИ)** в стоимость услуги по проведению комплексного ОПО не входит и составляет 1200 руб. (одна тысяча двести рублей), без НДС за 1 (одно) исследование. **ХТИ проводится по показаниям.**

3.2. **Стоимость Услуг по Договору не облагается НДС** в соответствии со ст. 149 (п.2 пп.2) НК РФ и согласно Перечню медицинских услуг, по диагностике, профилактике и лечению, оказываемых населению, реализация которых, независимо от формы и источника их оплаты, не подлежит обложению налогом на добавленную стоимость, утв. Постановлением Правительства РФ от 20.02.2001 N 132.

3.3. Оплата Услуг производится за каждый календарный месяц оказания услуг в следующем порядке:

- 30% предоплаты от стоимости Услуг оплачивается по счету, выставленному Исполнителем, на основании Заявки Заказчика на прохождение работниками ОПО (пп.2.1.1 Договора).

Оплата должна быть произведена Заказчиком до направления работников на ОПО.

- окончательная оплата осуществляется в течение 10 (десяти) банковских дней с момента подписания Сторонами Акта оказанных услуг (а равно в случае признания по Договору такого акта подписанным) по счету, выставленному Исполнителем.

Окончательная оплата за календарный месяц оказания Услуг, рассчитывается из фактического количества работников Заказчика, прошедших комплексное ОПО и проведенных ХТИ.

3.4. Факт оказания Услуг подтверждается Актом оказанных услуг за соответствующий период, подписанным Сторонами.

Акт оказанных услуг должен быть подписан Заказчиком в течение 5 (пяти) календарных дней с момента получения.

По истечении 14 календарных дней со дня получения, в случае отсутствия возражений, Акт оказанных услуг считается подписанным.

3.5. Стороны, по истечении календарного квартала, обязаны подписывать Акт сверки взаимных расчетов.

Акт сверки взаимных расчетов направляется Исполнителем до 5 числа месяца, следующего за отчетным кварталом.

Заказчик должен подписать Акт сверки взаимных расчетов до 10 числа месяца, следующего за отчетным кварталом. В случае отсутствия возражений Акт сверки взаимных расчетов считается подписанным.

3.6. Годовое повышение стоимости медицинских услуг (при пролонгации Договора) не должно превышать 10% от стоимости, указанной в п.3.1 Договора, и согласовывается Сторонами в дополнительном соглашении, являющемся неотъемлемой частью Договора.

#### **4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И УСЛОВИЯ ЕГО РАСТОРЖЕНИЯ**

4.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до \_\_\_\_\_ г.

4.2. Если за 1 (один) месяц до истечения срока действия Договора ни одна из Сторон не потребует его расторжения (изменения), Договор считается продленным ещё на 1 (один) год на прежних условиях. Дальнейшая пролонгация Договора осуществляется в том же порядке.

4.3. Стороны вправе расторгнуть Договор досрочно. При этом заинтересованная в расторжении Сторона должна письменно уведомить об этом другую Сторону, не позднее, чем за 1 (один) месяц до даты расторжения.

#### **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. За невыполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. За несоблюдение сроков оплаты оказанных Услуг Заказчик уплачивает Исполнителю пени в размере 0,1 % от стоимости Услуг за соответствующий месяц оказания Услуг за каждый день просрочки.

5.3. За ущерб, причиненный одной из Сторон вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей, виновная Сторона несет ответственность в виде возмещения убытков пострадавшей Стороне.

5.4. Стороны не несут ответственности за ущерб, причиненный в результате полного или частичного неисполнения обязательств по Договору, если такой ущерб причинен вследствие действия непреодолимой силы, которые не могли быть предвидены, контролируемы и устранены Сторонами Договора.

#### **6. ФОРС-МАЖОР**

6.1. В случае возникновения обстоятельств, не зависящих от волеизъявления Сторон, препятствующих исполнению Сторонами взятых на себя обязательств, Стороны обязуются в течение 3 (трех) дней довести до сведения другой Стороны.

6.2. О возникновении (прекращении) обстоятельств непреодолимой силы Стороны обязаны незамедлительно извещать друг друга. Несвоевременное извещение об обстоятельствах

непреодолимой силы лишает соответствующую Сторону права ссылаться на них в будущем.

6.3. При действии указанных обстоятельств более чем три месяца, Договор может быть расторгнут по требованию любой из Сторон.

## 7. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

7.1. Все споры и разногласия, связанные с Договором Стороны обязуются разрешать путем переговоров.

7.2. В случае, если Стороны не смогут прийти к соглашению, все споры и разногласия по выполнению Договора, а также споры, связанные с его заключением, изменением, расторжением, исполнением, подлежат разрешению в Арбитражном суде г. Москвы.

7.3. До передачи спора на разрешение суда Стороны примут меры к его урегулированию в претензионном порядке. Претензия должна быть направлена в письменном виде. По полученной претензии Сторона должна дать письменный ответ по существу в срок не позднее 10 (десяти) календарных дней с даты ее получения.

## 8 ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. Договор составлен в 2-х экземплярах на русском языке по одному для каждой из Сторон. Каждый экземпляр имеет равную юридическую силу.

8.2. Все изменения и дополнения к Договору должны быть оформлены в письменном виде за подписью Сторон и являются его неотъемлемой частью.

8.3. Вся переписка между Сторонами осуществляется по следующим адресам:

Заказчик: почтовый адрес: \_\_\_\_\_, адрес e-mail: \_\_\_\_\_

Исполнитель: почтовый адрес: 117209, г. Москва, Севастопольский проспект, д. 28, корп. 3, кв. 87, адрес e-mail: [info@sunmedexpert.ru](mailto:info@sunmedexpert.ru)

Стороны вправе подписывать любые документы (в том числе Акты сверок взаимных расчетов, Акты оказанных услуг) связанные с исполнением Договора путем обмена документами по электронной почте. Стороны признают такие документы надлежащими и вправе ссылаться на них в случае возникновения спора в суде.

Документы высылаются по электронной почте путем **вложения в «тело» письма**. Сторона, получившая документ по электронной почте обязана выслать в ответ подтверждение в получении письма.

В случае неполучения Стороной подтверждения в получения письма, такая Сторона направляет документы по почтовому адресу или нарочно по фактическому адресу, указанному в реквизитах Сторон.

Предоставление оригинала документов осуществляется Сторонами по мере необходимости. Необходимость их предоставления определяется соответствующей Стороной.

84. Стороны определяют следующих своих работников для взаимодействия по Договору:

**Со стороны Заказчика**

Со стороны Исполнителя - Савенко Жанна Викторовна, Антонова Мария Анатольевна.

О замене работника Стороны обязаны сообщить друг другу в течение 5 (пяти) календарных дней с момента замены.

85. Приложения к Договору, являющиеся его неотъемлемой частью:

Приложение № 1 – Календарный план.

Приложение № 2 – Направление на обязательное психиатрическое освидетельствование (форма).

Приложение № 3 – Информированное добровольное согласие на обязательное психиатрическое освидетельствование (форма).

Приложение № 4 – Отказ от обязательного психиатрического освидетельствования (форма).

Приложение № 5 – Решение врачебной психиатрической комиссии (форма).

Приложение № 6 – Сообщение врачебной комиссии по обязательному психиатрическому освидетельствованию (форма).

## 9. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ СТОРОН

91. Стороны обязуются соблюдать конфиденциальность в отношении всей информации, полученной в связи с реализацией Договора (ст.ст.6, 9, 10, 11 Закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»; ч.3 ст.13 Закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

92. Сторонам запрещается предоставлять каким-либо лицам в каком-либо порядке доступ к информации и документам, полученным в связи с реализацией Договора, если иное не предусмотрено законодательством РФ.

## 10. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

### ЗАКАЗЧИК:

Юридический адрес:  
Фактический адрес:  
Телефон:  
E-mail:  
ИНН  
КПП  
Банковские реквизиты:  
Банк  
БИК

### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

**ООО «САНМЕДЭКСПЕРТ»**

Юридический адрес: 117209, г. Москва,  
Севастопольский пр-т, д. 28, корп. 3, кв. 87  
Фактический адрес: 105005, г. Москва,  
Большой Демидовский пер., д.17/1  
Телефон: (499)678-03-03  
E-mail: [info@sunmedexpert.ru](mailto:info@sunmedexpert.ru)  
ОГРН  
ОКПО  
ИНН 7727567109

Р/с К/с	КПП 772701001 Банковские реквизиты: Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО), г. Москва БИК 044525411 Р/с 40702810301190000217 К/с 30101810145250000411
<b>ПОДПИСИ СТОРОН:</b>	
_____/_____/_____ М.П.	Генеральный директор ООО «САНМЕДЭКСПЕРТ» _____/С.В. Чернакова/ М.П.

Приложение № 1  
к Договору № \_\_\_\_\_  
от \_\_\_\_\_ 2018 г.

**Календарный план  
прохождения обязательного психиатрического освидетельствования работников**

<b>Период проведения обследования</b>	<b>Количество работников</b>
<i>дата начала – дата окончания</i>	<i>количество</i>
<i>дата начала – дата окончания</i>	<i>количество</i>
<i>дата начала – дата окончания</i>	<i>количество</i>

«Заказчик»

«Исполнитель»  
Генеральный директор

\_\_\_\_\_/   
м.п.

/

\_\_\_\_\_/С.В. Чернакова /   
м.п.

**ФОРМА ДОКУМЕНТА**

---

Реквизиты организации  
(учреждения, предприятия),  
направляющей на психиатрическое  
освидетельствование

**НАПРАВЛЕНИЕ  
на психиатрическое освидетельствование**

\_\_\_\_\_ года рождения  
(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
в соответствии со ст. 213 Трудового кодекса Российской Федерации направляется на  
психиатрическое освидетельствование с целью определения соответствия состояния здоровья  
поручаемой ему(ей) работе в должности

\_\_\_\_\_  
(перечень выполняемых работ и вредных и (или) опасных производственных  
факторов)

Освидетельствование прошу провести в соответствии с постановлением Совета Министров -  
Правительства Российской Федерации от 28.04.1993 N 377 с дополнениями и изменениями,  
утвержденными постановлениями Правительства РФ от 23.05.1998 N 486, от 31.07.1998 N 866, от  
21.07.2000 N 546, постановлением Правительства РФ от 23.09.2002 N 695, приказом  
Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н.

По результатам психиатрического освидетельствования \_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)

решение комиссии о его(ее) годности (негодности) к выполнению поручаемой  
работы прошу выдать на руки обследуемому.

Начальник отдела кадров \_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, инициалы)

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

М.П.

---

**ФОРМА СОГЛАСОВАНА:**

«Заказчик»

«Исполнитель»  
Генеральный директор

\_\_\_\_\_/

**М.П.**

/

\_\_\_\_\_/С.В. Чернакова /

**М.П.**

**ФОРМА ДОКУМЕНТА**

---

**Информированное добровольное согласие  
на обязательное психиатрическое освидетельствование**

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

даю своё согласие на проведение мне обязательного психиатрического освидетельствования.

Настоящим подтверждаю, что мне разъяснены мои права, регламентированные действующим законодательством Российской Федерации.

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач психиатр, психиатр-нарколог

\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_

(подпись)

---

**ФОРМА СОГЛАСОВАНА:**

«Заказчик»

«Исполнитель»

Генеральный директор

\_\_\_\_\_ /

/

\_\_\_\_\_ /С.В. Чернакова /

м.п.

м.п.

**ФОРМА ДОКУМЕНТА****Отказ  
от обязательного психиатрического освидетельствования**

Я \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

отказываюсь от проведения мне обязательного психиатрического  
освидетельствования.

Настоящим подтверждаю, что мне разъяснены возможные последствия отказа от обязательного психиатрического освидетельствования, включая возможность и обязанность работодателя не допускать меня к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности.

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач психиатр, психиатр-нарколог

\_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О.)\_\_\_\_\_  
(подпись)**ФОРМА СОГЛАСОВАНА:**

«Заказчик»

«Исполнитель»

Генеральный директор

\_\_\_\_\_/

/

\_\_\_\_\_/С.В. Чернакова/

м.п.

м.п.



**ФОРМА ДОКУМЕНТА**

---

**РЕШЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КОМИССИИ**

Выдано \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)  
\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированному(ой)  
по адресу: \_\_\_\_\_,  
(населенный пункт, улица, дом, квартира)  
прошедшему(ей) психиатрическое освидетельствование \_\_\_\_\_  
(дата)  
в \_\_\_\_\_  
(наименование медицинского учреждения)

В соответствии с постановлением Совета Министров - Правительства Российской Федерации от 28.04.93 N 377 с дополнениями и изменениями, утвержденными постановлениями Правительства РФ от 23.05.1998 N 486, от 31.07.1998 N 866, от 21.07.2000 N 546, постановлением Правительства РФ от 23.09.2002 N 695, приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н по результатам психиатрического освидетельствования:

Отсутствуют (имеются) противопоказания к работе в должности \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(указать влияние вредных веществ и (или) неблагоприятных производственных факторов)

Врачебная психиатрическая комиссия:

Председатель \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

Члены комиссии: \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

Дата выдачи \_\_\_\_\_

---

**ФОРМА СОГЛАСОВАНА:**

«Заказчик»

«Исполнитель»

Генеральный директор

\_\_\_\_\_ /

/

\_\_\_\_\_ /С.В. Чернакова /

---

**ФОРМА ДОКУМЕНТА**

---

Реквизиты медицинской организации,  
проводящей психиатрическое  
освидетельствованиеНаименование организации (учреждения,  
предприятия), направившей работника**СООБЩЕНИЕ  
ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ ПСИХИАТРИЧЕСКОМУ  
ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЮ РАБОТНИКОВ**Настоящим уведомляем, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)\_\_\_\_\_  
(год рождения)\_\_\_\_\_  
(адрес регистрации)

прошел освидетельствование врачебной психиатрической комиссией.

Решение врачебной комиссии по обязательному психиатрическому освидетельствованию принято

\_\_\_\_\_  
(дата)Решение врачебной комиссии по обязательному психиатрическому освидетельствованию выдано  
работнику \_\_\_\_\_

(дата)

Председатель комиссии \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

---

**ФОРМА СОГЛАСОВАНА:**

---

«Заказчик»

«Исполнитель»

Генеральный директор

\_\_\_\_\_  
М.П.

/

\_\_\_\_\_/С.В. Чернакова/  
М.П.