

г. Москва

_____ 2018 г.

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

Общество с ограниченной ответственностью «САНМЕДЭКСПЕРТ» (ООО «САНМЕДЭКСПЕРТ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Чернаковой Светланы Викторовны, действующего на основании Устава, с другой стороны, заключили настоящий договор (далее – **Договор**) о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. По Договору Исполнитель обязуется:

1.1.1. Оказать медицинские услуги по проведению предварительных и периодических медицинских осмотров (далее – **медицинские осмотры**) работников Заказчика и представить Заказчику медицинское заключение о профессиональной пригодности обследуемых лиц.

Исполнитель оказывает услуги в соответствии с требованиями Приказа Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 N 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» (далее – Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 N 302н).

1.1.2. Оказать медицинские услуги по проведению обязательных психиатрических освидетельствований (далее – **ОПО**) работников Заказчика.

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 ОПО.

1.1.3. Осуществить образовательную и медицинскую деятельность, направленную на обеспечение проведения гигиенического обучения и аттестации, медико-лабораторные обследования лиц декретированных контингентов с оформлением личных медицинских книжек (далее – **ЛМК**).

Личные медицинские книжки оформляются *на бумажном носителе / в электронном виде на материальном носителе. (ВЫБРАТЬ НЕОБХОДИМОЕ !!!)*

Исполнитель оказывает услуги в соответствии с требованиями Приказа Минздрава РФ от 29.06.2000 № 229 «О профессиональной гигиенической подготовке и аттестации должностных лиц

и работников организаций», Приказа Роспотребнадзора от 20.05.2005 N402 «О личной медицинской книжке и санитарном паспорте».

12. Заказчик обязуется оплатить услуги (п.1.1 Договора) в порядке и сроки, установленные Договором.

13. Исполнитель оказывает услуги на основании:

- лицензии на медицинскую деятельность № ЛО-77-01-012987, выданной 30 августа 2016 г. Департаментом здравоохранения города Москвы.

- договора с ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве» от 28.12.2016 № 7243/16 о совместной деятельности в режиме «Одно окно» по организации профессиональной гигиенической подготовке и аттестации работников, выдаче личных медицинских книжек.

14. Услуги по проведению периодических медицинских осмотров и ОПО работников Заказчика оказываются Исполнителем в соответствии с Календарным планом (Приложение № 1 к Договору).

Услуги по проведению предварительных медицинских осмотров и ОПО работников Заказчика (при устройстве на работу) оказываются Исполнителем по мере необходимости.

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

2. Права и обязанности сторон

2.1. Заказчик обязан:

2.1.1. Предоставить Исполнителю списки работников, направляемых на проведение медицинских осмотров (в формате Excel; по форме Приложения № 2 к Договору) и списки работников, направляемых на ОПО (в формате Excel; в свободной форме (с указанием ФИО полностью)) до даты начала соответствующего периода проведения медицинского осмотра / ОПО, в соответствии с Календарным планом (п.1.4 Договора) или соответствующего календарного месяца оказания услуг (с учетом пп. 2.2.1 Договора).

2.1.2 Вручить каждому работнику под роспись направление на медицинский осмотр / ОПО (по форме Приложений №№ 3.1, 3.2 к Договору) и вести учет всех выданных работникам направлений.

Вредные и (или) опасные вещества и производственные факторы указываются Заказчиком в направлении в соответствии со специальной оценкой условий труда.

2.1.3. Информировать каждого работника о месте нахождения и режиме работы Исполнителя, соблюдении рекомендаций работниками перед прохождением медицинского осмотра (Приложение № 4), а также об обязанности работника предоставить Исполнителю при явке:

- на медицинский осмотр - направление (по форме Приложения № 3.1 к Договору), общегражданский паспорт, паспорт здоровья (если имеется), страховой полис ОМС, личную медицинскую книжку (если имеется).

- на ОПО - направление (по форме Приложения № 3.2 к Договору), общегражданский паспорт.

2.1.4. При оформлении ЛМК оказывать содействие Исполнителю в организации прохождения обследуемыми лицами гигиенической аттестации и медицинских обследований, в ведении необходимой учетной документации.

21.5. Своевременно рассматривать и подписывать Акты оказанных услуг.

21.6. Оплачивать услуги Исполнителя в сроки и в размере, указанные в Договоре.

21.7. Участвовать в составлении заключительного акта по итогам медицинского осмотра (пп.2.2.9 Договора; п.п.42, 43 Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, утв. Приказом Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 N 302н).

2.2. Исполнитель обязан:

221. Создать условия для проведения медицинских осмотров, ОПО и гигиенического обучения и аттестации.

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

222. Определить необходимость участия в медицинских осмотрах соответствующих врачей-специалистов, а также виды и объемы необходимых лабораторных и функциональных исследований в строгом соответствии с требованиями, предъявляемыми Приказом Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 N 302н.

223. Оформить (во время прохождения медицинского осмотра) на каждого работника, проходящего медицинский осмотр:

- медицинскую карту амбулаторного больного (форма № 025/у; хранится медицинской организацией 5 лет) в которой отражаются заключения врачей-специалистов, результаты лабораторных и инструментальных исследований, заключение по результатам медицинского осмотра;

- паспорт здоровья (если ранее не был оформлен).

Паспорт здоровья выдается работнику Заказчика на руки.

224. Оформить на каждого работника по окончании прохождения медицинского осмотра заключение предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования) (по форме Приложения № 5; далее - **Заключение**).

Заключение выдается в случае прохождения работниками Заказчика всех необходимых врачей-специалистов и проведения необходимых лабораторных и функциональных исследований (пп.2.2.2 Договора).

Заключение выдается работнику Заказчика на руки.

225. Провести санитарно-гигиеническое обучение и аттестацию работников Заказчика.

226. Внести данные о прохождении медицинских осмотров, санитарно-гигиенического обучения и аттестации в ЛМК работника Заказчика.

Личная медицинская книжка выдается работнику Заказчика на руки.

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

ОПО проводится при наличии информированного добровольного согласия (по форме Приложения №6 к Договору) или оформляется отказ (по форме Приложения № 7 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 № 8 к Договору) **выдается работнику Заказчика на руки** (под роспись в день проведения ОПО).

В адрес Заказчика высылается сообщение (по форме Приложение № 9 к Договору) о дате принятия Комиссией решения и дате выдачи решения работнику.

Решение Комиссии фиксируется в медицинской карте работника.

228. Предоставлять Заказчику по окончании календарного месяца оказания услуг:

- Отчет об оказанных услугах с поименным перечнем работников, прошедших медицинский осмотр, ОПО и санитарно-гигиеническое обучение и аттестацию с оформлением ЛМК и 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.

- Счет-фактуру в порядке и сроки, установленные действующим законодательством РФ.

229. Не позднее чем через 30 (тридцать) дней по окончании срока действия Договора (п.5.1), обобщить результаты проведенных периодических осмотров и совместно с территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Заказчиком составить заключительный акт по итогам медицинского осмотра в 4-х экземплярах (по одному для Заказчика и Исполнителя, в Роспотребнадзор и в Центр профпатологии).

3. Стоимость услуг и порядок оплаты

3.1. Стоимость медицинского осмотра, ОПО и санитарно-гигиенического обучения и аттестации с ЛМК для 1 (одного) работника формируется из расчета:

3.1.1. стоимости периодического (предварительного) медицинского осмотра:

мужчины - _____ (_____) рублей, без НДС;

женщины до 40 лет - _____ (_____) рублей, без НДС;
женщины после 40 лет - _____ (_____) рублей, без НДС.

НДС не облагается в соответствии с п. 2 ст. 149 НК РФ (медицинские услуги).

3.1.2. **стоимости комплексного ОПО** в размере _____ (_____) рублей, без НДС. Указанная стоимость действует при условии одновременного прохождения работником Заказчика ОПО и медицинского осмотра. Как отдельная услуга предоставляется в рамках Договора по стоимости _____ (_____) рублей, без НДС.

НДС не облагается в соответствии с п. 2 ст. 149 НК РФ (медицинские услуги).

Стоимость периодического (предварительного) медицинского осмотра включает в себя всю необходимую лабораторную и инструментальную диагностику и прием всеми врачами-специалистами с учетом вредного производственного фактора.

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

3.1.3. **стоимости санитарно-гигиенического обучения и аттестации** (с оформлением ЛМК) в размере _____ (_____) рублей, в т.ч. НДС (18 %).

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

3.2.1. 30% предоплаты от стоимости услуг оплачивается по счету, выставленному Исполнителем, на основании заявки (сообщения) Заказчика о прохождении работниками медицинского осмотра и ОПО (списки работников, составленные с учетом требований пп.2.1.1 Договора).

Оплата должна быть произведена Заказчиком до направления работников на медицинский осмотр, ОПО и санитарно-гигиеническое обучение и аттестацию.

3.2.2. 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 медицинский осмотр, ОПО, ХТИ (по показаниям) и санитарно-гигиеническое обучение и аттестацию с оформлением ЛМК.

3.3. Факт оказания услуг подтверждается Актом оказанных услуг за соответствующий календарный месяц, подписанным Сторонами.

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

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

3.4. 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.

3.5. Годовое повышение стоимости 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. Ответственность сторон

4.1. За ущерб, причиненный одной из сторон вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей, виновная сторона несет ответственность в виде возмещения убытков в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. Исполнитель несет ответственность за полноту и достоверность проведенных исследований.

4.3. Стороны не несут ответственности за ущерб, причиненный в результате полного или частичного неисполнения обязательств по настоящему договору, если такой ущерб причинен вследствие действия непреодолимой силы, которая не могла быть предвидена, контролируема или устранена Сторонами настоящего договора.

4.4. Сторона, для которой создалась невозможность исполнения обязательств по настоящему договору, должна немедленно известить об этом другую сторону.

4.5. Обязанность доказывать обстоятельства непреодолимой силы лежит на стороне, не выполнившей обязательства.

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

4.7. При просрочке Заказчиком оплаты более чем на 10 (десять) рабочих дней, Исполнитель вправе прекратить обслуживание работников Заказчика.

4.8. В случае документально подтвержденного необоснованного отказа Исполнителя в предоставлении работнику Заказчика услуг в соответствии с условиями Договора, Исполнитель выплачивает Заказчику штраф в размере стоимости не оказанной услуги.

4.9. Для оценки качества оказанных услуг (при сомнении в нем) может быть проведена экспертиза. Расходы на проведения экспертизы несет Сторона, инициировавшая проведение экспертизы (или по соглашению Сторон), и в случае становления вины другой Стороны, последняя возмещает расходы на проведение экспертизы.

5. Срок действия договора

5.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до _____ г.

Окончание срока действия Договора не освобождает Стороны от обязанности, установленной пп.пп. 2.1.7, 2.2.9 Договора.

5.2. 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.

5.3. 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.

5.4. В случае, если Заказчик не пролонгировал Договор (отказался от исполнения Договора) Исполнитель по письменному запросу Заказчика должен передать по описи медицинские карты работников в медицинскую организацию, с которой Заказчик заключил соответствующий договор.

6. Порядок разрешения споров

6.1. Все споры и разногласия, которые могут возникать в связи с исполнением Договора, Стороны разрешают путем переговоров, а в случае не достижения согласия - в Арбитражном суде г. Москвы.

6.2. 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.

6.3. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, Заказчик может обратиться в надзорные органы:

-Департамент здравоохранения города Москвы: + 7(495)251-83-00

-Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве (Роспотребнадзор): +7(495)687-40-35

7. Прочие условия

7.1. В случаях, не предусмотренных Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

7.2. Договор заключен в 2-х экземплярах, по одному для каждой из Сторон, оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

7.3. Проверить подлинность оформленной личной медицинской книжки можно в реестре ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в г. Москве»: www.mossanexpert.ru.

7.4. 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

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.

7.5. 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.

7.6. Приложения к Договору, являющиеся его неотъемлемой частью:

Приложение № 1 – Календарный план.

Приложение № 2 – Списки работников, подлежащих медицинскому осмотру (форма).

Приложение № 3.1 – Направление на предварительный (периодический) медицинский осмотр (обследование) и оформление ЛМК (форма).

Приложение № 3.2 – Направление на ОПО (форма).

Приложение № 4 – Рекомендации работникам, проходящим медицинский осмотр.

Приложение № 5 – Заключение предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования) (форма).

Приложение № 6 – Информированное добровольное согласие на ОПО (форма).

Приложение № 7 – Отказ от ОПО (форма).

Приложение № 8 – Решение врачебной психиатрической комиссии (форма).

Приложение № 9 – Сообщение врачебной комиссии по ОПО (форма).

8. Конфиденциальность сторон

8.1. 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»).

8.2. 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.

9. Реквизиты и подписи сторон

<p>ЗАКАЗЧИК:</p> <p>Юридический адрес: Фактический адрес: Телефон: E-mail: ИНН КПП Банковские реквизиты: Банк БИК P/c K/c</p>	<p>ИСПОЛНИТЕЛЬ:</p> <p>ООО «САНМЕДЭКСПЕРТ»</p> <p>Юридический адрес: 117209, г. Москва, Севастопольский проспект, д. 28, корп. 3, кв. 87 Фактический адрес: 105005, г. Москва, Б. Демиловский пер., д.17/1 Телефон: (499)678-03-03 E-mail: info@sunmedexpert.ru ИНН 7727567109 КПП 772701001 Банковские реквизиты: Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО), г. Москва БИК 044525411 P/c 40702810301190000217 K/c 30101810145250000411</p>
<p>_____ / _____ /</p> <p>М.П.</p>	<p>Генеральный директор ООО «САНМЕДЭКСПЕРТ»</p> <p>_____ /С.В. Чернакова/</p> <p>М.П.</p>

Календарный план
медицинского осмотра / ОПО работников

ОПО		Медицинский осмотр	
Сроки проведения	Количество работников	Сроки проведения	Количество работников
<i>дата начала – дата окончания</i>		<i>дата начала – дата окончания</i>	

«Заказчик»

«Исполнитель»

Генеральный директор

_____ /

/

_____ /С.В. Чернакова /

М.П.

М.П.

ФОРМА ДОКУМЕНТА

Списки работников, подлежащих медицинскому осмотру

№	ФИО (с расшифровкой)	Пол	Дата рождения	Должность	Вредные факторы по проф. (номера по приказу №302)	Место жительства

Заказчик согласовывает с Исполнителем календарную дату медицинского осмотра по тел.: 8(499) 678-03-03.

Количество работников Заказчика для комфортного прохождения ими медицинского осмотра не должно превышать более 8 человек в час.

ФОРМА СОГЛАСОВАНА:

«Заказчик»

«Исполнитель»

Генеральный директор

_____/

М.П.

/

_____/С.В. Чернакова/

М.П.

ФОРМА ДОКУМЕНТА

Форма № 001 - П

(наименование организации)

(адрес)

Код ОГРН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Код ОКВЭД

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ (ПЕРИОДИЧЕСКИЙ) МЕДИЦИНСКИЙ
ОСМОТР (ОБСЛЕДОВАНИЕ) И ОФОРМЛЕНИЕ ЛМК**

Направляется в **ООО «САНМЕДЭКСПЕРТ», Юридический адрес:** 117209 г. Москва
Севастопольский пр-т. д. 28 корп. 3 кв.87, **Фактический адрес:** г. Москва, Большой Демидовский
пер., д.17/1. Тел.: 8 (499)678-03-03, **ОГРН**
1067746286431

наименование медицинской организации, адрес регистрации, код по ОГРН)

1. Ф.И.О. _____

2. Дата рождения _____
(число, месяц, год)

3. Поступающий на работу/работающий (нужное подчеркнуть)

4. Цех, участок _____

5. Вид работы, в которой работник освидетельствуется _____

6. Стаж работы в том виде работы, в котором работник
освидетельствуется _____

7. Предшествующие профессии (работы), должность и стаж работы в них

8. Вредные и (или) опасные вещества и производственные факторы:

8.1. Химические факторы _____
(номер пункта или пунктов Перечня*, перечислить)

8.2. Физические факторы _____
(номер строки, пункта или пунктов Перечня*, перечислить)

8.3. Биологические факторы _____
(номер пункта или пунктов Перечня*, перечислить)

8.4. Тяжесть труда (физические перегрузки) _____
(номер пункта или пунктов Перечня*, перечислить)

9. Профессия (работа) _____
(номер пункта или пунктов Перечня*, перечислить)

(должность уполномоченного (подпись уполномоченного (Ф.И.О.)
представителя) представителя)

М.П.

* - Перечень вредных и (или) опасных производственных факторов, при наличии которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования).

ФОРМА СОГЛАСОВАНА:

«Заказчик»

«Исполнитель»

Генеральный директор

_____/

М.П.

/

_____/С.В. Чернакова/

М.П.

ФОРМА ДОКУМЕНТА

Реквизиты организации

(учреждения, предприятия)
направляющего 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

_____/ / _____/С.В. Чернакова /

М.П.

М.П.

Рекомендации работникам, проходящим медицинский осмотр

График работы медицинской комиссии:

Понедельник, вторник, четверг	09.00 — 21.00
Среда, пятница	09.00 — 15.00
Суббота	09.00 — 20.00
Воскресенье	10.00 — 18.00
Прием анализов в процедурном кабинете: по будням с 08.00, по выходным с 10.00	

• **Визит в Клинику строго натощак!** (правила сдачи лабораторных анализов). В противном случае результаты будут некорректными!

• **Просьба соблюдать правила личной гигиены** (осмотр у дерматолога, гинеколога).

• **Если планируется вакцинация:**

При наличии аллергии (пищевой, бытовой, контактной и т. д.) – за 3 дня до вакцинации принимать антигистаминный препарат с целью минимизации возможных аллергических реакций. Для получения консультации, позвоните в клинику по тел.: (499) 678-03-03, вас проконсультирует врач-специалист!

Ранее проведенные исследования:

- принимаются результаты флюорографии, сроком не более 11 мес. (необходимо иметь при себе справку о прохождении флюорографии);
- принимаются результаты анализов, сроком не более 10 дней клинические анализы, не более 15 дней биохимические (необходимо иметь при себе бланки результатов, либо копии).

Недопуск к трудовой деятельности (чаще всего):

- наличие серных пробок в наружных слуховых проходах, может служить препятствием для выдачи заключения при прохождении медицинского осмотра для отдельных категорий граждан. Если данный факт будет обнаружен, пациенту будет предложено провести процедуру удаления пробок в поликлинике по месту жительства, либо в нашей клинике (со скидкой) и только после этого будет выдано заключение;
- высокое артериальное давление является противопоказанием для получения заключения терапевта (кардиолога) и допуска к трудовой деятельности. В случае, если уровень артериального давления превышает норму, необходимо предоставить документ от врача-терапевта/кардиолога (из поликлиники по месту жительства, либо другого негосударственного медицинского учреждения), в том, что пациент находится под наблюдением, имеет клинический диагноз и получает соответствующее лечение. После предоставления медицинской документации и при артериальном давлении, не превышающем целевые уровни, будет выдан допуск к трудовой деятельности. Либо пациент вправе обратиться за платной консультацией к специалисту нашей клиники (со скидкой).

«Заказчик»

«Исполнитель»
Генеральный директор

_____/

М.П.

/

_____/С.В. Чернакова /

М.П.

ФОРМА ДОКУМЕНТА

ООО "Санмедэксперт"	
(наименование медицинской организации)	
117209, Москва г, Севастопольский пр-кт, дом № 28, корпус 3, кв.87	
(адрес)	
Код ОГРН:	1067746286431

**Заключение предварительного (периодического) медицинского
осмотра (обследования)**

1. Ф. И. О. _____

2. Место работы:

2.1. Организация (предприятие) _____

2.2. Цех, участок _____

3. Профессия (должность) (в настоящее время) _____

Вредный производственный фактор, наименование вида работ: _____

4. Согласно результатам проведенного предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования):

не имеет / имеет противопоказания к работе / заключение не дано (нужное подчеркнуть)

Председатель врачебной комиссии: _____

М.П.

Работник (освидетельствуемый): _____

ФОРМА СОГЛАСОВАНА:

«Заказчик»

«Исполнитель»

Генеральный директор

_____/

/

_____/С.В. Чернакова/

М.П.

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 /

М.П.

М.П.

ФОРМА ДОКУМЕНТА

Реквизиты медицинской организации,
проводящей психиатрическое
освидетельствование

Наименование 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.