

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

ООО «САНМЕДЭКСПЕРТ» (Лицензия №ЛО-77-01-020041 от 23.06.2020 г. выдана Департаментом здравоохранения города Москвы), 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. Исполнитель обязуется оказать медицинские услуги по забору биоматериала для проведения иммуноферментного анализа ИФА (ИХЛА) работникам Заказчика, а Заказчик обязуется принять и оплатить эти услуги.

1.2. Сроки оказания медицинских услуг, указанных в п. 1.1 Договора, определяются в графике оказания медицинских услуг, являющемся неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение №1 к Договору). График оказания медицинских услуг утверждается Сторонами на момент подписания Договора и может быть изменен не позднее чем за 3 (три) календарных дня до даты начала оказания услуг.

1.3. Услуги по настоящему Договору должны быть оказаны Исполнителем согласно графику оказания медицинских услуг, но не позднее 30 (тридцати) календарных дней с даты подписания настоящего Договора.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах.

2.1.2. Оказать медицинские услуги надлежащего качества в порядке и в сроки, предусмотренные настоящим Договором.

2.1.3. При оказании услуг соблюдать медицинские нормы и правила, в том числе, санитарно-эпидемиологический режим.

2.1.4. В момент оказания услуг получить у работника Заказчика информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.

2.1.5. Вести учет оказанных медицинских услуг, а также необходимую медицинскую документацию.

2.1.6. Предоставить ответственному представителю Заказчика, указанному в п. 2.4.4.1 Договора, информацию о результатах оказанных услуг одним из следующих способов: путем предоставления доступа к информационной системе ЕМИАС или путем направления реестра, выгруженного из информационной системы ЕМИАС, на принадлежащий ему адрес электронной почты, - только при наличии гарантийного письма Заказчика, указанного в п.2.4.4.3 Договора, и доверенности, указанной в п. 2.4.4.1 Договора.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Отказать в предоставлении услуг в случае выяснения медицинских противопоказаний, о которых не было сообщено Исполнителю при подписании договора.

2.2.2. Отказать в предоставлении услуг Заказчику при отсутствии надлежащим образом оформленного информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико- санитарной помощи (Приложение №2 к Договору), которое должно быть оформлено работником Заказчика в момент оказания услуг.

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

2.2.4. Требовать от Заказчика своевременной оплаты оказанных ему медицинских услуг.

2.2.5. Передать ответственному представителю Заказчика, указанному в п. 2.4.4.1 Договора, информацию о результатах оказанных услуг одним из следующих способов: путем предоставления ему доступа в информационную систему ЕМИАС или путем направления реестра, выгруженного из информационной системы ЕМИАС, на его адрес электронной почты - только при наличии гарантийного письма Заказчика, указанного в п. 2.4.4.3 Договора, и доверенности, указанной в п. 2.4.4.1 Договора.

2.3. Заказчик обязан:

2.3.1. Своевременно и в полном объеме оплатить услуги в соответствии с настоящим Договором.

2.3.2. До начала оказания услуг проинформировать каждого работника о необходимости надлежащим образом оформить информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств (Приложение №2 к Договору), а также согласие работника на обработку персональных данных и передачу сведений, составляющих врачебную тайну (Приложение №3 к Договору), с добровольного согласия указав в нем Ф.И.О. ответственного представителя Заказчика (п.2.4.4 Л Договора).

2.3.3. Выполнять требования, предъявляемые Исполнителем, направленные на обеспечение качественного предоставления услуг, включая сообщение необходимой информации для оказания услуг (в том числе информации о медицинских противопоказаниях, препятствующих оказанию услуг), как до начала оказания услуг, так и после непосредственного завершения ее оказания.

2.3.4. Обеспечить явку работников для забора биоматериала в дату и время (часы, минуты) согласно графику оказания медицинских услуг (Приложение №1 к Договору).

2.3.5. Проинформировать работников о необходимости соблюдения мер безопасности и обеспечить соблюдение ими таких мер (маски, перчатки, социальная дистанция).

2.4. Заказчик имеет право:

2.4.1. Предъявлять требования к Исполнителю по качеству и количеству оказываемых медицинских услуг.

2.4.2. Письменно отказаться от услуг не позднее чем за 5 (пять) рабочих дней до дня их оказания.

2.4.3. Отказаться от исполнения настоящего Договора в любое время, при условии возмещения Исполнителю фактически понесенных расходов на дату расторжения настоящего Договора.

2.4.4. Для получения информации о результатах оказанных услуг по Договору через ответственного представителя Заказчика - до начала оказания услуг:

2.4.4.1. Предоставить Исполнителю доверенность (на бланке Заказчика) на лицо, уполномоченное Заказчиком от имени работников получать результаты медицинских исследований по настоящему Договору, с указанием его Ф.И.О., должности, контактного телефона, адреса электронной почты (далее - ответственный представитель Заказчика).

2.4.4.2. Получить у работника согласие на обработку персональных данных и передачу сведений, составляющих врачебную тайну (Приложение №3 к Договору).

2.4.4.3. Предоставить Исполнителю гарантийное письмо (в свободной форме, на бланке Заказчика) о получении от работников (с указанием Ф.И.О., даты рождения, полиса ОМС и паспортных данных) надлежащим образом оформленного согласия на обработку персональных данных и передачу сведений, составляющих врачебную тайну согласно Приложению №3 к Договору.

2.4.5. Согласовать с Исполнителем новую дату оказания услуг при наличии брака при заборе и (или) транспортировке биоматериала работника.

3. Стоимость работ и порядок расчетов

3.1. Стоимость медицинской услуги по забору биоматериала для 1 (одного) работника составляет _____ (_____) рублей, без НДС.

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

3.2. Стоимость выезда специалиста Заказчика для забора биоматериала (при условии явки менее 20 чел. в течение одного рабочего дня с 09.00 до 18.00) составляет 2 000 (две тысячи) рублей, без НДС.

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

3.3. Оплата услуг производится в порядке 100% предоплаты по счету, выставленному Исполнителем.

Оплата должна быть произведена Заказчиком до направления работников на медицинский осмотр.

3.4. 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.

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 забор, обработку, хранение и транспортировку биоматериала; за полноту и достоверность проведенных исследований несет ответственность лабораторный отдел НИИ СП им. Н. В. Склифосовского.

4.3. Стороны не несут ответственности за ущерб, причиненный в результате полного или частичного неисполнения обязательств по Договору, если такой ущерб причинен вследствие действия непреодолимой силы, которая не могла быть предвидена, контролируется или устранена Сторонами Договора.

4.4. Сторона, для которой создалась невозможность исполнения обязательств по Договору, должна немедленно известить об этом другую Сторону.

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

4.6. За просрочку платежей, предусмотренных Договором, виновная Сторона уплачивает другой Стороне пени в размере 0,1% от суммы задолженности за каждый день просрочки. Уплата пени не освобождает виновную Сторону от исполнения последующих платежей.

4.7. При просрочке более чем на 10 дней, Исполнитель вправе отказаться от Договора.

4.8. В случае документально подтвержденного необоснованного отказа Исполнителя в предоставлении работнику Заказчика медицинских услуг, Исполнитель выплачивает Заказчику штраф в размере 10 % от стоимости не оказанной услуги.

5. Срок действия договора

5.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до 31.12.2020 г.

6. Порядок разрешения споров

6.1. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть в связи с исполнением Договора, Стороны разрешают путем переговоров, а в случае не достижения согласия - в Арбитражном суде города 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. Все приложения к Договору подписываются Сторонами и являются неотъемлемой частью Договора.

7.2. 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** (допускается пересылка документом вложенным файлом, при условии обязательного указания наименования документа (при наличии реквизитов у пересылаемого документа – указание реквизитов желательна) в теме или «теле» 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. Необходимости их предоставления определяется соответствующей Стороной.

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

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

8. Реквизиты и подписи сторон

<p>Заказчик</p>	<p>Исполнитель ООО «САНМЕДЭКСПЕРТ»</p>
<p>Юридический адрес: Фактический адрес: Телефон: E-mail: ИНН КПП Банковские реквизиты: Банк БИК Р/с К/с</p>	<p>Юридический адрес: 117209, г. Москва, Севастопольский проспект, д. 28, корп. 3, кв. 87 Фактический адрес: 105005, г. Москва, Плетешковский пер., д. 12 Телефон: (499)678-03-03 E-mail: info@sunmedexpert.ru ИНН 7727567109 КПП 772701001 Банковские реквизиты: Р/с 40702810301190000217 в филиале "ЦЕНТРАЛЬНЫЙ" БАНКА ВТБ (ПАО), г. Москва К/с: 30101810145250000411 БИК 044525411</p>
<p>_____ / _____ / м.п.</p>	<p>Генеральный директор _____/С.В. Чернакова/ м.п.</p>

График оказания медицинских услуг

№	Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения	Пол	Номер телефона	Адрес проживания	Адрес регистрации	Полис ОМС	Паспорт (серия, номер, кем и когда выдан)	Дата оказания услуг	Время оказания услуг (час., мин. с интервалом 12 мин.)
1												
2												
3												

Заказчик

Исполнитель

Генеральный директор

Генеральный директор

_____/_____/_____ /С.В. Чернакова/

ФОРМА ДОКУМЕНТА

Приложение № 2 к
приказу Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 20.12.2012 № Ц77н (в
ред. Приказа Минздрава
России
от 10.08.2015 № 549н)

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских
вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских
вмешательств,
на которые граждане дают информированное добровольное согласие
при выборе врача и медицинской организации для получения
первичной медико-санитарной помощи**

Я, _____,
(Ф.И.О. гражданина)

Паспорт серия _____ номер _____,
выдан _____,
(Кем и когда выдан)

_____ года рождения, , зарегистрированный по
адресу: _____,

Адрес проживания: _____,

Полис ОМС _____,

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Обществе с ограниченной ответственностью «САНМЕДЭКСПЕРТ» Медицинским работником: _____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

подпись (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

подпись (Ф.И.О. медицинского работника)

« _____ » _____ 2020г.
(дата оформления)

ФОРМА СОГЛАСОВАНА:

«Заказчик»

«Исполнитель»

Генеральный директор

_____/

м.п.

_____/С.В. Чернакова/

м.п.

Приложение № 3
к Договору № ____/2020
от _____ 2020 г.

ФОРМА ДОКУМЕНТА

Согласие работника на обработку персональных данных и передачу сведений, составляющих врачебную тайну

Я, _____, паспорт: серия _____, № _____, выдан _____, зарегистрированный по адресу: _____ (далее – Работник), в рамках договора на оказание платных медицинских услуг по забору биоматериала для проведения иммуноферментного анализа ИФА (ИХЛА) (далее – Договор), заключенного между _____ (далее – Работодатель) и _____ (далее – Медицинская организация), в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ О персональных данных настоящим подтверждаю свое согласие на обработку уполномоченными сотрудниками Медицинской организации моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, место рождения, дата рождения, гражданство, место и дата регистрации, место жительства, адрес проживания, данные (реквизиты) документа, удостоверяющего личность (паспорта), адрес электронной почты, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС при наличии), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья (включая, в том числе, но не исключительно, анамнез, диагноз), случаях обращения за медицинской помощью, перечень, срок и объем оказанной медицинской помощи и иные персональные данные, обрабатываемые в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного и добровольного медицинского страхования, проведения контроля качества и безопасности медицинских услуг (далее - Персональные данные). Предоставляю Медицинской организации право осуществлять все действия (операции) с моими Персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Медицинская организация вправе обрабатывать мои Персональные данные посредством внесения их **в электронную базу данных.**

Предоставляю право Медицинской организации передавать Работодателю, а также ответственному представителю Работодателя:

(Ф.И.О., контактный телефон)

мои Персональные данные и информацию о состоянии моего здоровья, включая результаты лабораторных исследований, в рамках исполнения Договора.

Настоящее согласие действует бессрочно. Работник вправе отозвать свое согласие на обработку Персональных данных посредством передачи Медицинской организации под расписку соответствующего письменного заявления на бумажном носителе.

Я проинформирован, что результаты лабораторных исследований на определение у меня иммуноглобулинов к новой коронавирусной инфекции COVID-19 будут переданы Медицинской организацией ответственному представителю Работодателя, указанному в настоящей согласии.

При передаче результатов лабораторных исследований Работодателю Медицинская организация не несет ответственности в случае возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации со стороны Работодателя.

Работник

Медицинская организация

