

Утверждено приказом
Директора ФБУН «СЗНЦ гигиены и
общественного здоровья»
От 31.08.2023 г. № 111-А/о

ПОЛОЖЕНИЕ

О порядке предоставления платных медицинских услуг

Федеральным бюджетным учреждением науки

«Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья»

1. Общие положения

1.1. Положение «О порядке предоставления платных медицинских услуг Федеральным бюджетным учреждением науки «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья» (далее – «Положение») разработано в соответствии с Конституцией Российской Федерации, Гражданским Кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006», Приказом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека №907 от 17.09.2012 г. «Об утверждении методики определения размера платы и предельных размеров платы за санитарно-эпидемиологические экспертизы, расследования, обследования, исследования, испытания, токсикологические, гигиенические и другие виды оценок в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия человека» и Приказом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека №459 от 13.12.2010 г. «Об утверждении порядка определения платы для физических и юридических лиц за услуги (работы), относящиеся к основным видам деятельности федерального бюджетного учреждения, находящегося в ведении Роспотребнадзора, оказываемые им сверх установленного государственного задания, а также в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного государственного задания», иными нормативно-правовыми актами Российской Федерации, Положением о платных услугах, предоставляемых ФБУН «СЗНЦ гигиены и общественного здоровья» от 28.12.2015 г., утвержденным Директором ФБУН «СЗНЦ гигиены и

общественного здоровья», Уставом ФБУН «СЗНЦ гигиены и общественного здоровья» (далее – «Центр»).

1.2. Настоящее Положение распространяется на оказание Центром платных медицинских услуг физическим и юридическим лицам, индивидуальным предпринимателям, имеющим намерение заказать (приобрести) либо заказывающим (приобретающим) медицинские услуги на основании договоров возмездного оказания услуг.

1.3. Действие настоящего Положения распространяется на обособленное подразделение Центра – филиал НИЛ ФБУН «СЗНЦ гигиены и общественного здоровья» (далее – «Филиал»).

1.4. Для целей настоящего Положения используются следующие основные понятия:

- "платные медицинские услуги" – медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров;

- "заказчик" – физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

- "потребитель" – физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

1.5. Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006», утвержденные Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736, подлежат публикации на официальном сайте Центра по адресу <https://s-znc.ru/> (далее – «Правила»), экземпляр Правил в печатном виде размещается на информационных стендах по месту нахождения Центра и его обособленных подразделений.

1.6. Настоящее Положение подлежит размещению на официальном сайте Центра по адресу <https://s-znc.ru/>, а также на информационных стендах по месту нахождения Центра и Филиала.

2. Условия предоставления платных медицинских услуг

2.1. Предоставление платных медицинских услуг осуществляется Центром в соответствии с требованиями действующего законодательства.

2.2. Платные медицинские услуги предоставляются Центром на основании перечня услуг, составляющих медицинскую деятельность, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 804н от 13.10.2017 и указанных в лицензии Центра на осуществлении медицинской деятельности, а также в соответствии с Прейскурантом на платные медицинские услуги, оказываемые Медицинским центром ФБУН «СЗНЦ гигиены и общественного здоровья» и филиалом НИЛ ФБУН «СЗНЦ гигиены и общественного здоровья» ежегодно утверждается приказом Директора Центра.

2.3. При предоставлении платных медицинских услуг Центром соблюдаются и учитываются:

- положения об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которые утверждаются Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- порядки оказания медицинской помощи, утверждаемые Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- клинические рекомендации, соответствующие оказываемым медицинским услугам;
- стандарты медицинской помощи, утверждаемые Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.4. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию потребителя и (или) заказчика.

2.5. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

3. Порядок предоставления платных медицинских услуг

3.1. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является договор возмездного оказания медицинских услуг (далее – «Договор»).

3.2. При заключении договора потребителю и (или) заказчику предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа). Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

3.3. До заключения договора потребитель (заказчик) письменной форме уведомляется о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Центра (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя. Форма уведомления предусматривается Приложением № 1 к настоящему Положению.

3.4. При заключении договора потребителю и (или) заказчику должна предоставляться в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);
- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

3.5. Заключение и исполнение Договоров должно соответствовать требованиям, предусмотренным настоящим Положением и Правилами. Договоры заключаются по форме, предусмотренной Приложением № 2, к настоящему Положению. Договоры заключаются исключительно в письменной форме.

3.6. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором, Центр обязан предупредить об этом потребителя и (или) заказчика. Без оформления дополнительного соглашения к Договору либо нового Договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости Центр не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе, если иное не оговорено в основном Договоре.

3.7. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя. В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах (кроме случаев заключения договора дистанционным способом). Договор хранится в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации.

3.8. Потребителю и (или) заказчику в случаях, установленных законодательством Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники, выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

3.9. По обращению потребителя Центр выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы потребителя и (или) заказчика на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:

- копия договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);
- справка об оплате медицинских услуг по установленной форме;
- рецептурный бланк с проставленным штампом "Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика", заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации;
- документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов (кассовый чек, бланк строгой отчетности).

3.10. Центр предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

4. Ответственность Центра

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Центр несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Центром в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. При поступлении от пациента, его законного представителя и (или) заказчика, претензии (жалобы) о неисполнении, ненадлежащем исполнении со стороны Центра обязательств по Договору, она рассматривается Врачебной комиссией по разбору жалоб пациентов, состав которой утверждается Приказом Директора. В срок не позднее 30 (тридцати) календарных дней с момента поступления претензии, Центр направляет мотивированный ответ на претензию по адресу, указанному заявителем. В случае, если в претензии не указан адрес для направления корреспонденции, Центр вправе направить мотивированный ответ на претензию по адресу, указанному в Договоре, либо в медицинских документах, составленных в отношении пациента.

5. Информация об исполнителе и предоставляемых услугах

5.1. Полное наименование: Федеральное бюджетное учреждение науки «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья»;

5.2. Сокращенное наименование: ФБУН «СЗНЦ гигиены и общественного здоровья»;

5.3. Адрес: 191036, г. Санкт-Петербург, ул. 2-я Советская, д. 4;

5.4. Наименование филиала: Научно-исследовательская лаборатория Федерального бюджетного учреждения науки «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья»;

5.5. Сокращенное наименование филиала: НИЛ ФБУН «СЗНЦ гигиены и общественного здоровья»;

5.6. Адрес филиала: 184250, Мурманская обл., г. Кировск, пр. Ленина, 34;

5.7. ИНН 7815001513;

5.8. ОГРН 1037843133316;

5.9. Адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» <https://s-znc.ru/>;

5.10. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи размещается на официальном сайте Центра и информационных стендах.

5.11. Выписка из единого государственного реестра юридических лиц в отношении Центра предоставляется по требованию потребителя в виде электронного документа на адрес электронной почты, указанный потребителем (заказчиком). При отсутствии у потребителя (заказчика) электронной почты, ознакомление с содержанием электронной выписки производится медицинским регистратором, либо сотрудником организационно-методического кабинета на их рабочем компьютере. Для получения актуальной выписки из единого государственного реестра юридических лиц в отношении Центра, потребитель может самостоятельно получить ее через официальный сервис Федеральной налоговой службы РФ, размещенный по адресу <https://egrul.nalog.ru/index.html> («Предоставление сведений из ЕГРЮЛ/ЕГРИП в электронном виде»), указав ИНН Центра 7815001513 в форме «Поисковой запрос», нажав кнопку «Найти» и нажав по получению результатов поиска кнопку «Получить выписку». Загрузившийся PDF-документ моментально доступен для просмотра в интернет-браузере, содержит актуальную информацию из ЕГРЮЛ на дату получения, удостоверен электронной подписью сотрудника ФНС РФ и имеет юридическую силу документа, опубликованного на бумажном носителе.

5.12. Платные медицинские услуги оказываются Центром на основании лицензии на осуществлении медицинской деятельности. Реквизиты и полный текст лицензии доступен для ознакомления по ссылке на официальном сайте Центра по адресу <https://s-znc.ru/>, размещенной в разделе: Документы/лицензии и аттестаты аккредитаций, а так же на информационных стендах по месту нахождения Центра и его обособленных подразделений. Информация о номере, сроках действия лицензии, органе, выдавшем лицензию может быть запрошена потребителем (заказчиком) с сайта Росздравнадзора <https://www.roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses>, а также может быть сообщена потребителю (заказчику) устно медицинским регистратором по запросу потребителя (заказчика).

5.13. Перечень платных медицинских услуг, ежегодно утверждается в форме Прейскуранта Приказом Директора Центра и доступен для ознакомления на официальном сайте Центра по адресу <https://s-znc.ru/>, в разделе Документы/Прейскурант, а также на информационных стендах по месту нахождения Центра и его обособленных подразделений.

5.14. Стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, размещены на официальном сайте Центра по адресу <https://s-znc.ru/> в виде ссылок на "Официальный интернет-портал правовой информации" (www.pravo.gov.ru) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций. Вышеуказанные ссылки подлежат размещению на информационных стендах по месту нахождения Центра и его обособленных подразделений.

5.15. Сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг сообщаются устно по запросу потребителя (заказчика) медицинским регистратором.

5.16. Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, информация о графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, размещается на информационных стендах по месту нахождения Центра и его обособленных подразделений, может быть уточнена потребителем устно по запросу у медицинского регистратора.

5.17. Форма Договора на оказание платных медицинских услуг подлежит размещению на официальном сайте Центра по адресу <https://s-znc.ru/>, в разделе Документы, а также на информационных стендах по месту нахождения Центра и его обособленных подразделений.

5.18. Информация об учредителе Центра, об адресах и телефонах исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования подлежит размещению на официальном сайте Центра по адресу <https://s-znc.ru/> а также на информационных стендах по месту нахождения Центра и его обособленных подразделений.

6. Контроль при оказании платных медицинских услуг

6.1. Контроль соблюдения настоящего Положения при оказании платных медицинских услуг осуществляется Главным врачом медицинского центра.

6.2. Контроль за ценообразованием, осуществлением расчетов при оказании платных медицинских услуг, выдачей справок об оплате медицинских услуг, осуществляется Главным бухгалтером Центра.

Приложение №1

к Положению
О порядке предоставления платных
медицинских услуг
ФБУН «СЗНЦ гигиены и
общественного здоровья»

Уведомление
о последствиях несоблюдения указаний
(рекомендаций) медицинского работника,
предоставляющего платную медицинскую услугу

Я,

_____ (фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента, законного представителя)

в соответствии с пунктом 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736, уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника ФБУН «СЗНЦ гигиены и общественного здоровья») предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья

Информация
о пациенте, которому предоставлена
вышеуказанная информация:

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии), пол _____.
2. Дата рождения _____.
3. Место рождения _____.
4. Гражданство _____.
5. Данные документа, удостоверяющего личность пациента _____.

_____.

6. Место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника) _____.

7. Место регистрации _____.
8. Дата регистрации _____.
9. Контактная информация _____.

_____ (подпись пациента)

_____ (фамилия пациента)

"__" _____ г.

(дата предоставления информации)

Приложение №2

к Положению
О порядке предоставления
платных медицинских услуг
ФБУН «СЗНЦ гигиены и
общественного здоровья»

Договор №
на оказание платных медицинских услуг с потребителем

г. Санкт-Петербург

« _____ » _____ 20 _____ г.

Федеральное бюджетное учреждение науки «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья» (Лицензия № Л041-00110-51/00347170 от 05.10.2017 года на право осуществления медицинской деятельности), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны и

_____ гр., именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель», вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, согласно действующему Прейскуранту Исполнителя на платные медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденному в установленном порядке, а Потребитель обязуется оплатить оказанные услуги.
- 1.2. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.
- 1.3. Перечень медицинских услуг, оказываемых Потребителю, в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении №1, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.
- 1.4. Срок предоставления медицинских услуг исчисляется с « _____ » _____ 20 _____ г. по « _____ » _____ 20 _____ г.

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

- 2.1.1. Оказать Потребителю медицинские услуги, согласно Приложению №1, в сроки, определенные в п.1.4. Договора.
- 2.1.2. Обеспечить оказание медицинской услуги силами медицинского персонала, допущенного к оказанию медицинских услуг в соответствии с законодательством Российской Федерации, в рамках выполнения обязательств по настоящему Договору.
- 2.1.3. Соблюдать установленные требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления. По результатам оказания услуг предоставить Потребителю по его запросу медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы в срок не позднее 30 календарных дней с момента получения запроса Потребителя.
- 2.1.4. Предупредить Потребителя в случае возникновения необходимости предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором. Без

согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

- 2.1.5. При необходимости предоставления дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, оказать такие медицинские услуги без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
- 2.1.6. По требованию Потребителя предоставить информацию: о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах, используемых при оказании медицинских услуг, связанными с ними рисками, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.2. Потребитель обязуется:

- 2.2.1. Предоставлять Исполнителю полную информацию о состоянии здоровья, сопутствующих заболеваниях, перенесённых травмах и операционных вмешательствах, непереносимости отдельных лекарственных препаратов и лечебных процедур, иных вариантах непереносимости и аллергических реакциях.
- 2.2.2. Выполнять рекомендации врачей Исполнителя, соблюдать рекомендованный режим обследования и наблюдения, включая контрольные телефонные звонки и повторные осмотры (обследования)
- 2.2.3. В случае прохождения предварительного (периодического) медицинского осмотра, пройти в полном объеме в течение 10-ти дней
- 2.2.4. Пройти профессиональную гигиеническую подготовку (при необходимости), предоставить все необходимые данные для оформления личной медицинской книжки (при необходимости)
- 2.2.5. Производить в сроки, предусмотренные в разделе 3 настоящего Договора, необходимые расчёты с Исполнителем за оказанные медицинские услуги.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ

- 3.1. Потребитель оплачивает услуги Исполнителя в соответствии с Протоколом соглашения об объеме и стоимости медицинских услуг (Приложение № 1), являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора. Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с действующим на момент подписания настоящего Договора Прейскурантом Исполнителя на платные медицинские услуги. Подпись Потребителя на настоящем Договоре свидетельствует о его ознакомлении с Прейскурантом.
- 3.2. Расчеты между Сторонами осуществляются путем 100% предоплаты за услуги, предусмотренные в соответствии с Договором. Сумма предоплаты уплачивается **в кассу** Исполнителя в срок не позднее даты начала оказания медицинских услуг.
- 3.3. Размер оплаты зависит от объема оказываемых медицинских услуг согласно Приложению №1 к данному Договору.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 4.2. При возникновении претензий Потребитель вправе предъявить Исполнителю письменную претензию, которая подлежит рассмотрению в 10-дневный срок.
- 4.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора.
- 4.4. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по Договору, если это произошло вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

5.1. Настоящий Договор считается заключённым со дня его подписания и действует до момента исполнения обязательств Сторонами.

5.2. Срок ожидания медицинских услуг – услуги оказываются в день обращения. Условия оказания медицинских услуг: медицинские услуги оказываются без дополнительных условий по факту обращения, за исключением следующих платных медицинских услуг:

-
-
-

5.3. Настоящий Договор составлен в двух идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу. Договор может быть изменен только путем составления дополнительного соглашения, подписанного обеими Сторонами

5.4. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе Потребителя в любой момент при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

6. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ФБУН «СЗНЦ гигиены и общественного здоровья»

Адрес места нахождения и почтовый адрес: 191036 г. Санкт-Петербург, ул. 2-я Советская, дом 4
Место нахождения Филиала НИЛ ФБУН «СЗНЦ гигиены и общественного здоровья»: 184250, Мурманская обл., г. Кировск, пр. Ленина, 34

Зарегистрировано Регистрационной палатой Администрации Санкт-Петербурга 29.09.1997, что подтверждается Свидетельством ИМНС по Центральному району Санкт-Петербурга (от 11.02.2003 серия 78 № 004041568) о внесении записи в ЕГРЮЛ о юридическом лице, зарегистрированном до 01.07.2002; ОГРН 1037843133316; ИНН 7815001513, КПП 784201001;

Сведения о лицензии на право осуществления медицинской деятельности: № Л041-00110-51/00347170 от 05.10.2017 выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109012, Москва, Славянская площадь, д.4, стр.1,+7 (499) 578-02-20 ; текст лицензии доступен для ознакомления на информационных стендах по месту нахождения Исполнителя и на сайте <http://s-znc.ru/> в разделе документы/лицензии и аттестаты аккредитаций

тел. (812) 717-97-83: факс 717-02-64 info@s-znc.ru

Банковские реквизиты: Отдел №14 Управления Федерального Казначейства по г. Санкт-Петербургу (ФБУН «СЗНЦ гигиены и общественного здоровья» л/сч.20726X13860)

БИК 014030106. Р/с 03214643000000017200 Северо-Западное ГУ Банка России//УФК по г. Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург.

Должность _____ ФИО

М.П.

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

Ф.И.О. _____ дата рождения ____ . ____ . ____

Адрес места жительства (регистрации), иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на обращения (при наличии):

Телефон _____

паспорт: серия _____ номер _____ дата выдачи ____ . ____ . ____ кем выдан _____

Ф.И.О.

(подпись)

Потребитель уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента во ФБУН «СЗНЦ гигиены и общественного здоровья:

(подпись)

Договор №
на оказание платных медицинских услуг с законным представителем потребителя

г. Санкт-Петербург

« _____ » _____ 20____ г.

Федеральное бюджетное учреждение науки «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья» (Лицензия № Л041-00110-51/00347170 от 05.10.2017 года на право осуществления медицинской деятельности), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны и _____, действующий от имени и в интересах _____ г.р. (далее- «Потребитель»), на основании _____, именуемый в дальнейшем «Законный представитель», вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, согласно действующему Прейскуранту Исполнителя на платные медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденному в установленном порядке, а Законный представитель обязуется оплатить оказанные услуги.
- 1.2. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Законного представителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.
- 1.3. Перечень медицинских услуг, оказываемых Потребителю, в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении №1, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.
- 1.4. Срок предоставления медицинских услуг исчисляется с « _____ » _____ 20____ г. по « _____ » _____ 20____ г.

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

- 2.1.1. Оказать Потребителю медицинские услуги, согласно Приложению №1, в сроки, определенные в п.1.4. Договора.
- 2.1.2. Обеспечить оказание медицинской услуги силами медицинского персонала, допущенного к оказанию медицинских услуг в соответствии с законодательством Российской Федерации, в рамках выполнения обязательств по настоящему Договору.
- 2.1.3. Соблюдать установленные требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления. По результатам оказания услуг предоставить Законному представителю по его запросу медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы в срок не позднее 30 календарных дней с момента получения запроса Законного представителя.
- 2.1.4. Предупредить Законного представителя в случае возникновения необходимости предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором. Без согласия Законного представителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.
- 2.1.5. При необходимости предоставления дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях,

состояниях, обострениях хронических заболеваний, оказать такие медицинские услуги без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2.1.6. По требованию Законного представителя предоставить информацию: о состоянии здоровья Потребителя, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах, используемых при оказании медицинских услуг, связанными с ними рисками, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.2. Законный представитель обязуется:

2.2.1. Предоставлять Исполнителю полную информацию о состоянии здоровья Потребителя, сопутствующих заболеваниях, перенесённых травмах и операционных вмешательствах, непереносимости отдельных лекарственных препаратов и лечебных процедур, иных вариантах непереносимости и аллергических реакциях.

2.2.2. Обеспечивать выполнение Потребителем рекомендаций врачей Исполнителя, соблюдение рекомендованного режима обследования и наблюдения, включая контрольные телефонные звонки и повторные осмотры (обследования)

2.2.3. В случае прохождения предварительного (периодического) медицинского осмотра, обеспечить его проведение Потребителем в полном объеме в течение 10-ти дней

2.2.4. Обеспечить проведение Потребителем профессиональной гигиенической подготовки (при необходимости), предоставить все необходимые данные для оформления личной медицинской книжки (при необходимости)

2.2.5. Производить в сроки, предусмотренные в разделе 3 настоящего Договора, необходимые расчёты с Исполнителем за оказанные медицинские услуги.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ

3.1. Законный представитель оплачивает услуги Исполнителя в соответствии с Протоколом соглашения об объеме и стоимости медицинских услуг (Приложение № 1), являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора. Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с действующим на момент подписания настоящего Договора Прейскурантом Исполнителя на платные медицинские услуги. Подпись Законного представителя на настоящем Договоре свидетельствует о его ознакомлении с Прейскурантом.

3.2. Расчеты между Сторонами осуществляются путем 100% предоплаты за услуги, предусмотренные в соответствии с Договором. Сумма предоплаты уплачивается **в кассу** Исполнителя в срок не позднее даты начала оказания медицинских услуг.

3.3. Размер оплаты зависит от объема оказываемых медицинских услуг согласно Приложению №1 к данному Договору.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. При возникновении претензий Законный представителю вправе предъявить Исполнителю письменную претензию, которая подлежит рассмотрению в 10-дневный срок.

4.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Потребителем (Законным представителем) условий настоящего Договора.

4.4. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по Договору, если это произошло вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

5.1. Настоящий Договор считается заключённым со дня его подписания и действует до момента исполнения обязательств Сторонами.

5.2.Срок ожидания медицинских услуг – услуги оказываются в день обращения. Условия оказания медицинских услуг: медицинские услуги оказываются без дополнительных условий по факту обращения, за исключением следующих платных медицинских услуг:

-
-
-

5.3.Настоящий Договор составлен в двух идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу. Договор может быть изменен только путем составления дополнительного соглашения, подписанного обеими Сторонами

5.4.Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе Законного представителя в любой момент при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

6. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ФБУН «СЗНЦ гигиены и общественного здоровья»

Адрес места нахождения и почтовый адрес: 191036 г. Санкт-Петербург, ул. 2-я Советская, дом 4
Место нахождения Филиала НИЛ ФБУН «СЗНЦ гигиены и общественного здоровья»: 184250, Мурманская обл., г. Кировск, пр. Ленина, 34

Зарегистрировано Регистрационной палатой Администрации Санкт-Петербурга 29.09.1997, что подтверждается Свидетельством ИМНС по Центральному району Санкт-Петербурга (от 11.02.2003 серия 78 № 004041568) о внесении записи в ЕГРЮЛ о юридическом лице, зарегистрированном до 01.07.2002; ОГРН 1037843133316; ИНН 7815001513, КПП 784201001;

Сведения о лицензии на право осуществления медицинской деятельности: № Л041-00110-51/00347170 от 05.10.2017 выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109012, Москва, Славянская площадь, д.4, стр.1,+7 (499) 578-02-20 ; текст лицензии доступен для ознакомления на информационных стендах по месту нахождения Исполнителя и на сайте <http://s-znc.ru/> в разделе документы/лицензии и аттестаты аккредитаций

тел. (812) 717-97-83; факс 717-02-64 info@s-znc.ru

Банковские реквизиты: Отдел №14 Управления Федерального Казначейства по г. Санкт-Петербургу (ФБУН «СЗНЦ гигиены и общественного здоровья» л/сч.20726Х13860)

БИК 014030106. Р/с 03214643000000017200 Северо-Западное ГУ Банка России//УФК по г. Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург.

Должность _____ ФИО

М.П.

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

Ф.И.О. _____ дата рождения _____ . _____ . _____

Адрес места жительства (регистрации), иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на обращения (при наличии):

Телефон _____

паспорт: серия _____ номер _____ дата выдачи _____ . _____ . _____ кем выдан

Ф.И.О.

(подпись)

Договор № _____
на оказание платных медицинских услуг с Заказчиком- физическим лицом

г. Санкт-Петербург

« _____ » _____ 20 ____ г.

Федеральное бюджетное учреждение науки «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья» (Лицензия № Л041-00110-51/00347170 от 05.10.2017 года на право осуществления медицинской деятельности), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны и _____, именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик» приобретающий медицинские услуги для _____ г.р. (далее- «Потребитель»), вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, согласно действующему Прейскуранту Исполнителя на платные медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденному в установленном порядке, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.

1.2. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

1.3. Перечень медицинских услуг, оказываемых Потребителю, в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении №1, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.4. Срок предоставления медицинских услуг исчисляется с « _____ » _____ 20 ____ г. по « _____ » _____ 20 ____ г.

1. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Потребителю медицинские услуги, согласно Приложению №1, в сроки, определенные в п.1.4. Договора.

2.1.2. Обеспечить оказание медицинской услуги силами медицинского персонала, допущенного к оказанию медицинских услуг в соответствии с законодательством Российской Федерации, в рамках выполнения обязательств по настоящему Договору.

2.1.3. Соблюдать установленные требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления. По результатам оказания услуг предоставить Потребителю по его запросу медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы в срок не позднее 30 (календарных) дней с момента получения запроса Потребителя, если иной срок не установлен законом.

2.1.4. Предупредить Потребителя и (или) Заказчика в случае возникновения необходимости предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором. Без согласия Потребителя и (или) Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.5. При необходимости предоставления дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, оказать такие медицинские услуги без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2.1.6. По требованию Потребителя предоставить информацию: о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах, используемых при оказании медицинских услуг, связанными с ними рисками, возможных вариантах и последствиях медицинского

вмешательства; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.2. Потребитель и (или) Заказчик обязуются:

2.2.1. Предоставлять Исполнителю полную информацию о состоянии здоровья, сопутствующих заболеваниях, перенесённых травмах и операционных вмешательствах, непереносимости отдельных лекарственных препаратов и лечебных процедур, иных вариантах непереносимости и аллергических реакциях.

2.2.2. Выполнять (обеспечивать выполнение Потребителем) рекомендации врачей Исполнителя, соблюдать рекомендованный режим обследования и наблюдения, включая контрольные телефонные звонки и повторные осмотры (обследования)

2.2.3. В случае прохождения предварительного (периодического) медицинского осмотра, пройти в полном объеме в течение 10-ти дней

2.2.4. Пройти профессиональную гигиеническую подготовку (при необходимости), предоставить все необходимые данные для оформления личной медицинской книжки (при необходимости)

2.2.5. Производить в сроки, предусмотренные в разделе 3 настоящего Договора, необходимые расчёты с Исполнителем за оказанные медицинские услуги.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ

3.1. Заказчик оплачивает услуги Исполнителя в соответствии с Протоколом соглашения об объеме и стоимости медицинских услуг (Приложение № 1), являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора. Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с действующим на момент подписания настоящего Договора Прейскурантом Исполнителя на платные медицинские услуги. Подпись Заказчика на настоящем Договоре свидетельствует о его ознакомлении с Прейскурантом.

3.2. Расчеты между Сторонами осуществляются путем 100% предоплаты за услуги, предусмотренные в соответствии с Договором. Сумма предоплаты уплачивается **в кассу** Исполнителя в срок не позднее даты начала оказания медицинских услуг.

3.3. Размер оплаты зависит от объема оказываемых медицинских услуг согласно Приложению №1 к данному Договору.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. При возникновении претензий Потребитель и (или) Заказчик вправе предъявить Исполнителю письменную претензию, которая подлежит рассмотрению в 10-дневный срок.

4.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Потребителем и (или) Заказчиком условий настоящего Договора.

4.4. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по Договору, если это произошло вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

5.1. Настоящий Договор считается заключённым со дня его подписания и действует до момента исполнения обязательств Сторонами.

5.2. Срок ожидания медицинских услуг – услуги оказываются в день обращения. Условия оказания медицинских услуг: медицинские услуги оказываются без дополнительных условий по факту обращения, за исключением следующих платных медицинских услуг:

-
-
-

5.3. Настоящий Договор составлен в трех идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу по одному экземпляру для Исполнителя, Заказчика и Потребителя. Договор может быть изменен только путем составления дополнительного соглашения, подписанного обеими Сторонами (Заказчиком и Исполнителем).

5.4. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе Заказчика в любой момент при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

6. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ФБУН «СЗНЦ гигиены и общественного здоровья»

Адрес места нахождения и почтовый адрес: 191036 г. Санкт-Петербург, ул. 2-я Советская, дом 4; Место нахождения Филиала НИЛ ФБУН «СЗНЦ гигиены и общественного здоровья»: 184250, Мурманская обл. г. Кировск, пр. Ленина, 34

Зарегистрировано Регистрационной палатой Администрации Санкт-Петербурга 29.09.1997, что подтверждается Свидетельством ИМНС по Центральному району Санкт-Петербурга (от 11.02.2003 серия 78 № 004041568) о внесении записи в ЕГРЮЛ о юридическом лице, зарегистрированном до 01.07.2002; ОГРН 1037843133316; ИНН 7815001513, КПП 784201001;

Сведения о лицензии на право осуществления медицинской деятельности: № Л041-00110-51/00347170 от 05.10.2017 выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109012, Москва, Славянская площадь, д.4, стр.1,+7 (499) 578-02-20 ; текст лицензии доступен для ознакомления на информационных стендах по месту нахождения Исполнителя и на сайте <http://s-znc.ru/> в разделе документы/лицензии и аттестаты аккредитаций

тел. (812) 717-97-83; факс 717-02-64 info@s-znc.ru

Банковские реквизиты: Отдел №14 Управления Федерального Казначейства по г. Санкт-Петербургу (ФБУН «СЗНЦ гигиены и общественного здоровья» л/сч.20726X13860)

БИК 014030106. Р/с 03214643000000017200 Северо-Западное ГУ Банка России//УФК по г. Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург.

Должность _____

ФИО _____

М.П.

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

Ф.И.О. _____ дата рождения _____ . _____ . _____

Адрес места жительства (регистрации), иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на обращения (при наличии):

Телефон _____

паспорт: серия _____ номер _____ дата выдачи _____ . _____ . _____ кем выдан _____

Ф.И.О.

(подпись)

ЗАКАЗЧИК:

Ф.И.О.

_____ дата рождения _____. _____. _____

Адрес места жительства (регистрации):

_____ Телефон _____

паспорт: серия _____ номер _____ дата выдачи _____. _____. _____ кем выдан

_____ Ф.И.О.

(подпись)

Потребитель уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента во ФБУН «СЗНЦ гигиены и общественного здоровья:

_____ (подпись)

Протокол соглашения об объеме и стоимости медицинских услуг (нужное подчеркнуть)

№ п/п	Код номенклатуры	Наименование услуги	Цена услуги (руб.)*	НДС 20%	Цена услуги
1.6.____	-	Предварительный/периодический медицинский осмотр в рамках приказа МЗ РФ №29н от 28.01.2021 (Приложение к порядку: _____ п. _____)		-	
1.2.1	B04.047.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-терапевта		-	200,00
1.2.2	B04.057.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-хирурга	180,00	-	180,00
1.2.3	B04.023.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога	180,00	-	180,00
1.2.4	B04.008.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога	180,00	-	180,00
1.2.5	B04.001.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога	180,00	-	180,00
1.2.6	B04.029.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога	200,00	-	200,00
1.2.7	B04.028.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога	200,00	-	200,00
1.2.8	B04.065.006	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога	180,00	-	180,00
1.2.9	B04.034.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача –психиатра-нарколога	100,00	-	100,00
1.2.10	B04.035.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-психиатра	100,00	-	100,00
1.3.27	A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости(комплексное)	1100,00	-	1100,00
1.3.30	A04.30.010	Ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	850,00	-	850,00
1.3.34	A04.22.001	Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез	800,00	-	800,00
1.4.57	A06.09.007.002	Рентгенография легких цифровая (2 проекции без распечатки на бумажном носителе, в составе профосмотра)	400,00	-	400,00
1.4.62	A06.03.047/ A06.03.028/ A06.03.029	Рентгенография длинных трубчатых костей (в составе профосмотра)	700,00	-	700,00
1.5.2.1	A02.26.003	Офтальмоскопия	50,00	-	50,00
1.5.2.2	A02.26.004	Визометрия (Острота зрения)	100,00	-	100,00
1.5.2.3	A02.26.005	Периметрия статическая (Поля зрения)	50,00	-	50,00
1.5.2.4	A02.26.009	Исследование цветоощущения	50,00	-	50,00
1.5.2.5	A02.26.014	Скиаскопия	100,00	-	100,00
1.5.2.6	A02.26.015	Офтальмотонометрия	100,00	-	100,00
1.5.2.7	A02.26.023	Исследование аккомодации	50,00	-	50,00
1.5.2.8	A02.26.011	Исследование диплопии (бинокулярного зрения)	50,00	-	50,00
1.5.2.9	A03.26.001	Биомикроскопия глаза	100,00	-	100,00
1.5.2.10	A03.26.008	Рефрактометрия	50,00	-	50,00
1.5.3.1	A03.25.001	Вестибулометрия	100,00	-	100,00
1.5.3.3	A12.25.001	Тональная аудиометрия	300,00	-	300,00
1.5.3.6	A03.08.001	Ларингоскопия (непрямая ларингоскопия)	100,00	-	100,00
1.5.4.1	A05.23.001	Электрэнцефалография	900,00	-	900,00
1.5.4.2	A02.24.001	Паллестезиометрия (верхних или нижних конечностей)	500,00	-	500,00
1.5.5.1	A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	250,00	-	250,00
1.5.5.2	A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	200,00	-	200,00
1.5.5.6	A12.09.005	Пульсоксиметрия	50,00	-	50,00
1.5.6.1	A12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков	400,00	-	400,00

1.5.8.4	A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	180,00	-	180,00
1.5.9.1	B03.016.002	Общий (клинический) анализ крови	250,00	-	250,00
1.5.9.3	A09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	100,00	-	100,00
1.5.9.4	A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	100,00	-	100,00
1.5.9.5	A09.05.091	Исследование уровня карбоксигемоглобина в крови	1000,00	-	1000,00
1.5.9.6	A09.05.092	Исследование уровня метгемоглобина в крови	1000,00	-	1000,00
1.5.9.8	A12.05.123	Исследование уровня ретикулоцитов в крови	130,00	-	130,00
1.5.9.9	A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	144,00	-	144,00
1.5.9.18	A26.06.036	Определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови	360,00	-	360,00
1.5.9.19	A26.06.039.001	Определение антител класса М к ядерному антигену (anti-HBc IgM) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови	360,00	-	360,00
1.5.9.20	A26.06.041.002	Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	360,00	-	360,00
1.5.9.21	A26.06.041.001	Определение антител класса G (anti-HCV IgG) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в кров	360,00	-	360,00
1.5.9.22	A26.06.039	Определение антител классов к ядерному антигену (HBcAd) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови (анти-HBc-Ig(суммарные))	360,00	-	360,00
1.5.9.23	A09.05.179	Исследование уровня/активности изоферментов щелочной фосфатазы в крови	144,00	-	144,00
1.5.9.24	A26.06.049.001	Исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/2 и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови	450,00	-	450,00
1.5.9.25	A26.06.012.001	Определение антител к бруцеллам (Brucella spp.) в реакции агглютинации Хеддльсона	800,00	-	800,00
1.5.9.26	A09.05.041	Определение активности аспаратаминотрансферазы в крови (АСТ)	108,00	-	108,00
1.5.9.27	A09.05.042	Определение активности аланинаминотрансферазы в крови (АЛТ)	108,00	-	108,00
1.5.9.29	A26.06.082.001	Определение антител к бледной трепонеме (Трепонема pallidum) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови (микрореакция RW - сифилис)	240,00	-	240,00
1.5.10.1	B03.016.006	Общий (клинический) анализ мочи	200,00	-	200,00
1.5.10.3	A09.28.008	Исследование уровня порфиринов и их производных в моче (копропорфирин)	600,00	-	600,00
1.5.11.1	A26.01.019	Микроскопическое исследование отпечатков с поверхности перианальных складок на яйца гельминтов (энтеробиоз)	100,00	-	100,00
1.5.9.47	A26.06.077	Определение антител к сальмонелле тифи (Salmonella typhi) в крови	300,00	-	300,00
1.5.11.3	A26.19.001 - A26.19.016	Микробиологическое (культуральное) исследование фекалий/ректального мазка	350,00	-	350,00
1.5.11.4	A26.19.010	Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов	150,00	-	150,00
1.5.11.5	A26.08.036	Молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки на Staphylococcus aureus	350,00	-	350,00
1.5.11.6	A12.28.015	Микроскопическое исследование отделяемого из уретры (в т.ч. на гонорею)	250,00	-	250,00
1.5.11.7	A12.20.001	Микроскопическое исследование влагалищных мазков (в т.ч. на гонорею)	250,00	-	250,00
1.5.11.8	A08.20.017.001	Цитологическое исследование микропрепарата цервикального канала	200,00	-	200,00
1.5.11.11	A10.30.003	Скрининг-исследование на аппаратно-программном комплексе уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма	1200,00	-	1200,00
1.5.11.13	B04.033.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-профпатолога (оформление заключения председателя врачебной комиссии)	200,00	-	200,00

ДОГОВОР №
ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

г. Санкт-Петербург

« » _____ 2023г.

_____, в лице _____,
действующего на основании _____, именуемое в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны,
и **Федеральное бюджетное учреждение науки «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья»**, в лице Директора Бузинова Романа Вячеславовича, действующего на основании Устава, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с другой стороны, именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Указывается объем услуг в соответствии с формулировками утвержденного прейскуранта на платные медицинские услуги.

1.2. Объем услуг определяется Протоколом соглашения стоимости и наименования услуг (Приложение №2 к настоящему Договору) по направлениям Заказчика.

1.3. Услуги оказываются в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

1.4. Место оказания услуг: Центр профпатологии в СЗФО, расположенный по адресу: г. Санкт-Петербург, ул. 2-я Советская, д.4

2. Права и обязанности сторон

2.1. *Исполнитель обязан:*

2.1.1. Оказать Заказчику услуги, перечисленные в разделе 1 Договора, в установленный срок и с надлежащим качеством;

2.1.2. Согласовать с Заказчиком не позднее, чем за 5 рабочих дней, даты и время прохождения работниками медицинского осмотра (по форме, установленной Приложением №1 к настоящему Договору);

2.1.3. Своевременно предоставлять Заказчику счета на оплату услуг Исполнителя и акты оказанных услуг;

2.1.4. Информировать Заказчика по его требованию о ходе проведения медицинского осмотра направленных лиц;

2.1.5. По окончании прохождения работниками медицинского осмотра, представить Заказчику медицинские заключения, оформленные, в порядке, установленном пунктами 14,15,16, 33, 34 Приложения №1 Приказа МЗ РФ №29н от 28.01.2021 года;

2.1.6. Выдать соответствующие направления для лиц, нуждающихся в дальнейшем обследовании в других медицинских учреждениях согласно выявленным заболеваниям.

2.1.7. Не позднее чем через 30 дней после завершения проведения периодического осмотра обобщить его результаты и составить заключительный акт, оформленный в соответствии с пунктами 45, 46 Приложения №1 Приказа МЗ РФ №29н от 28.01.2021 года.

2.2. *Заказчик обязан:*

2.2.1. Сформировать и передать Исполнителю Списки работников, подлежащих медицинскому осмотру, в течение 2-х рабочих дней с момента заключения настоящего Договора и не позднее, чем за 5 рабочих дней до даты начала прохождения медицинского осмотра (по форме, установленной Приложением №4 к настоящему договору). Список работников, подлежащих медицинскому осмотру с момента получения Исполнителем является неотъемлемой частью настоящего Договора. Заказчик вправе вносить изменения в Список работников в одностороннем

порядке путем направления уточненного Списка работников в срок не позднее 5 рабочих дней до согласованной даты явки работника для получения медицинских услуг. В случае несоблюдения указанного срока, Исполнитель несет риск оказания медицинских услуг Исполнителем в отношении работников, несвоевременно исключенных из Списка работников, либо отказа в предоставлении медицинских услуг работникам, не включенным в Список работников на дату явки.

2.2.2. Согласовать с Исполнителем не позднее, чем за 5 рабочих дней до даты начала прохождения медицинского осмотра, даты и время прохождения работниками медицинского осмотра (по форме, установленной Приложением №1 к настоящему Договору);

2.2.3. Обеспечить своевременную явку работников, указанных в согласованном Сторонами Списке работников, подлежащих медицинскому осмотру, для прохождения медицинских осмотров в соответствии с согласованным с Исполнителем календарным планом;

2.2.4. Работники должны при себе иметь: заполненное направление на осмотр (по форме, установленной Приложением №3 к настоящему Договору), паспорт, СНИЛС, полис обязательного (добровольного) медицинского страхования;

2.2.5. Оплатить Услуги Исполнителя в размере и сроки, установленные Разделом 3 настоящего Договора;

2.2.6. Заказчик имеет право получать информацию о ходе оказания и качестве услуги, выполняемой Исполнителем, не вмешиваясь в его деятельность.

3. Стоимость услуг и порядок расчетов

3.1. Стоимость услуг Исполнителя по настоящему договору определяется на основании Прейскуранта исполнителя и устанавливается Протоколом соглашения о стоимости услуг (Приложение № 2), являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора и составляет _____. Согласно подпункту 2 пункта 2 статьи 149 части II Налогового кодекса Российской Федерации медицинские услуги, оказываемые медицинскими организациями и (или) учреждениями, не подлежат налогообложению.

3.2. Стоимость каждого вида услуг, указанная в Протоколе согласования цен, (Приложение №2 к настоящему договору) включает в себя все затраты и расходы Исполнителя, связанные с выполнением условий Договора, является фиксированной и изменению не подлежит в ходе исполнения Договора.

3.3. Основанием для подписания Акта оказанных услуг, является оформление Исполнителем медицинских заключений, предусмотренных п. 2.1.5 настоящего Договора, в отношении всех работников, обратившихся к Исполнителю, на основании направления Заказчика.

3.4. Заказчик обязуется провести окончательную оплату услуг в течение 5 (пяти) банковских дней со дня подписания акта об оказании услуг. Датой оплаты считается дата списания денежных средств с расчетного счёта Заказчика.

3.5. При наличии мотивированного отказа Заказчика от приёмки услуг сторонами составляется акт с перечнем необходимых доработок и указанием сроков их выполнения.

3.6. В случае не подписания Заказчиком Акта сдачи-приемки выполненных работ и при отсутствии возражений со стороны Заказчика, Акт считается подписанным по истечении 10 (десяти) рабочих дней с момента получения Акта Заказчиком.

3.7. Контактные данные Заказчика по всем вопросам:

3.8. Контактные данные Исполнителя по всем вопросам: +7(812)717-96-15, bodycheck@s-znc.ru, заведующая организационно-методическим кабинетом отдела клинических исследований Опря Татьяна Викторовна

Ответственный за оформление медицинской документации: Зав. КПО-врач-профпатолог, врач-терапевт Козловцев Владимир Алексеевич v.kozlovcev@s-znc.ru

Регистратура Центра профпатологии: тел: +7(812) 717-96-36

4. Ответственность сторон

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Стороны обязуются незамедлительно информировать друг друга о возникающих затруднениях, которые могут привести к невыполнению настоящего Договора в целом или отдельных его условий.

4.3. Стороны несут ответственность за разглашение конфиденциальной информации, ставшей им известной в результате совместной работы, в том числе врачебной тайны (согласно Федеральному закону от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

4.4. Споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего договора, разрешаются путем переговоров между сторонами. При не достижении согласия передаются на рассмотрение Арбитражного суда Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

5. Срок действия и порядок расторжения договора

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до _____ года с пролонгацией на каждый последующий календарный год (если необходимо).

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

5.2. Каждая из сторон вправе в одностороннем внесудебном порядке отказаться от исполнения настоящего договора с обязательным уведомлением другой стороны за 14 дней до момента расторжения Договора.

6. Обстоятельства непреодолимой силы

6.1. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору, если невозможность их исполнения явилась следствием обстоятельств непреодолимой силы (далее - Обстоятельства), таких, как стихийные бедствия, войны, вооруженные конфликты, массовые гражданские беспорядки, эпидемии, акты органов государственной власти и т.д., при условии, что они непосредственно влияют на выполнение обязательств по настоящему Договору.

6.2. Пострадавшая от действия непреодолимой силы сторона немедленно уведомляет другую сторону в письменном виде о начале и прекращении Обстоятельств. В случае наступления Обстоятельств действие настоящего договора может быть приостановлено в полном объеме или частично на срок действия Обстоятельств.

7. Заключительные положения

7.1. Стороны имеют право вносить изменения и дополнения в настоящий Договор, уведомив другую сторону не менее, чем за 14 дней. Любое изменение Договора оформляется в письменном виде и вступает в силу с момента его подписания сторонами.

7.1.1. Услуги оказываются без дополнительных условий в день обращения в соответствии с календарным планом, согласованным Сторонами.

7.2. Настоящий Договор составлен в двух идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу. Один экземпляр Договора хранится у Заказчика, другой - у Исполнителя.

7.3. Стороны обязаны в течение 7 дней информировать друг друга об изменении своего наименования, адреса, платежных реквизитов, указанных в разделе 9 настоящего Договора.

7.4. Стороны не имеют права передавать свои права и обязательства по настоящему договору третьим лицам, без письменного согласия другой стороны.

7.5. До момента начала оказания медицинских услуг Работники уведомлены Исполнителем том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента во ФБУН «СЗНЦ гигиены и общественного здоровья:

8. Приложения к Договору

8.1. Все Приложения к настоящему Договору являются его неотъемлемыми частями:
Приложение №1 – Календарный план прохождения медицинского осмотра (обследования)

- Приложение №2 – Протокол соглашения о стоимости и объемах услуг
Приложение №3 – Форма направления на предварительный/периодический медицинский осмотр
Приложение №4 – Список работников, подлежащих медицинскому осмотру

9. Юридические адреса, реквизиты сторон

ЗАКАЗЧИК:

ИНН
КПП
Банковские реквизиты:
р/счёт
банк
к/счёт
БИК
ОКПО
ОКВЭД
ОГРН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ФБУН «СЗНЦ гигиены и общественного здоровья»

Адрес места нахождения и почтовый адрес: 191036 г. Санкт-Петербург, ул. 2-я Советская, дом 4
Зарегистрировано Регистрационной палатой Администрации Санкт-Петербурга 29.09.1997, что подтверждается Свидетельством ИМНС по Центральному району Санкт-Петербурга (от 11.02.2003 серия 78 № 004041568) о внесении записи в ЕГРЮЛ о юридическом лице, зарегистрированном до 01.07.2002; ОГРН 1037843133316; ИНН 7815001513, КПП 784201001;

Сведения о лицензии на право осуществления медицинской деятельности: № Л041-00110-51/00347170 от 05.10.2017 выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109012, Москва, Славянская площадь, д.4, стр.1,+7 (499) 578-02-20 ; текст лицензии доступен для ознакомления на информационных стендах по месту нахождения Исполнителя и на сайте <http://s-znc.ru/> в разделе документы/лицензии и аттестаты аккредитаций

тел. (812) 717-97-83; факс 717-02-64 info@s-znc.ru
Банковские реквизиты:

Отдел №14 Управления Федерального Казначейства по г. Санкт-Петербургу (ФБУН «СЗНЦ гигиены и общественного здоровья» л/сч.20726X13860) БИК 014030106

Р/с 03214643000000017200 Северо-Западное ГУ Банка России//УФК по г. Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург.

Должность _____

Директор:

м.п. _____ ФИО

м.п. _____ Р.В. Бузинов

**Календарный план проведения периодического медицинского осмотра
работников**

№ п/п	Дата	Часы явки на осмотр	Количество Работников в день
1.		С 9.00 до 9.30	

Заказчик

Исполнитель

Должность

Директор

_____ ФИО
м.п.

_____ Р.В. Бузинов
м.п.

Протокол соглашения о стоимости и объемах услуг ПРИМЕР

№ пп	№ прейскуранта	Код номенклатуры	Наименование услуги	Цена услуги за ед.(руб.)	Кол-во, чел-к	Цена услуги (руб.)
1						
2.						
3						

Медицинские услуги НДС не облагаются на основании пп. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

*Стоимость осмотра включает осмотр врачами-специалистами и проведение необходимых лабораторных и функциональных исследований, установленных приказом от 28.01.2021г. № 29-н, за исключением: проведение маммографии для женщин старше 40 лет, осмотр женщин врачом-гинекологом, цитологическое и бактериологическое исследование влагалищных мазков, УЗИ малого таза, ЭФГДС, ЭЭГ, психофизическое тестирование, метгемоглобин, карбоксигемоглобин, Исследование уровня порфиринов и их производных в моче (копропорфирин), УЗИ брюшной полости, УЗИ щитовидной железы, паращитовидных желез, рентгенография длинных трубчатых костей.

Заказчик:

_____ / _____ /

М.П.

Исполнитель: Директор

_____ Р.В. Бузинов

М.П.

Приложение № 3

к Договору №

от «__» _____ 20__ г.

Организация (наименование, форма собственности и вид экономической деятельности работодателя по ОКВЭД, электронная почта, контактный телефон)	Договор №, дата
НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ	№ _____ от _____ 20__ г.

НАПРАВЛЕНИЕ на периодический медицинский осмотр № _____ от «__» _____ 20__ г.

Куда: **ФБУН «СЗНЦ ГИГИЕНЫ И ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ»**

ОГРН 1037843133316

метро «Площадь Восстания», 2-я Советская ул., дом 4,
 (красное 4-х этажное здание, вход с улицы)

Центр профпатологии в СЗФО

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Пол _____
3. Дата рождения/полных лет _____
4. Место жительства _____
5. Наименование структурного подразделения работодателя (при наличии) _____
6. Профессия, должность _____
7. Полис ОМС/ДМС _____
8. СНИЛС _____
9. Вредные производственные факторы / виды работ: _____

№	Вредные и (или) опасные факторы / виды работ	Пункты приказа №29н
1		
2		
3		

От Заказчика (работник отдела кадров)

Ф.И.О. _____

Подпись _____

М.П.

ВНИМАНИЕ!

Явка на медосмотр с ____ - 00 по ____ - 00 часов

При себе иметь:

направление, паспорт, СНИЛС, Полис ОМС/ДМС

медицинские документы при наличии (амбулаторная карточка из поликлиники по месту жительства, выписки из истории болезни),
 флюорографическое обследование органов грудной клетки – при наличии.
ВНИМАНИЕ!

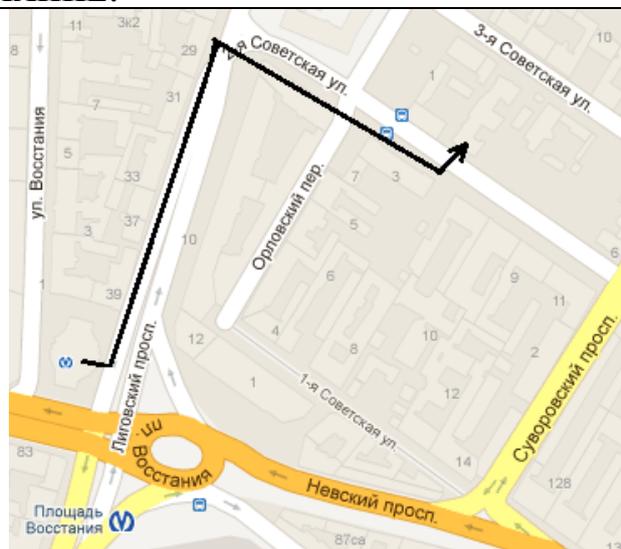
- клинический и биохимический анализ крови из вены проводится **НАТОЩАК**

- осмотр врача-офтальмолога с проведением необходимых исследований проводится **БЕЗ ОЧКОВ и КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ**

- осмотр врача-гинеколога с забором мазков на цитологическое и бактериоскопическое исследование **НЕ ПРОВОДИТСЯ** в период «критических дней»

- цифровая флюорография **НЕ ПРОВОДИТСЯ** беременным женщинам

После прохождения медосмотра карту осмотра обязательно оставить у администратора!



**Список работников НАИМЕНОВАНИЕ ЮЛ
подлежащих предварительному медицинскому осмотру
в Центре профпатологии ФБУН «СЗНЦ гигиены и общественного здоровья»**

№ п/п	Фамилия, имя, отчество работника	Адрес	Паспортные данные	Дата рождения	Стаж во вредном факторе	Наименование подразделения	Должность (про - фессия)	Вредные вещества и неблагоприятные производственные факторы	№ пункта приказа МЗ и СР №29н	Периодичность
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1										
2										
3										
	Всего: чел./ из них жен.									

Заказчик

Должность

_____ ФИО
М.П.

