

КОНТРАКТ № 6/2024
на оказание платных медицинских услуг

г. Хабаровск

«01» марта 2024 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинское учреждение «МедАльянс», лицензия Министерства здравоохранения Хабаровского края от 04 декабря 2020 года № Л041-01189-27/00362212 на право осуществления медицинской деятельности, в лице коммерческого директора управляющей организации ООО «УК «Полимед» **Степанова Вадима Юрьевича** действующего на основании доверенности б/н от 11.05.2023 г., именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, с одной стороны и **Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад «Сказка» с. Гаровка-2 Хабаровского муниципального района Хабаровского края (МБДОУ «Сказка» с. Гаровка-2)** в лице заведующего **Решеткиной Валентиной Александровны**, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем **«Заказчик»**, с другой стороны, а вместе и по отдельности именуемые **«Стороны»** заключили настоящий контракт о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ КОНТРАКТА.

1.1. Исполнитель обязывается оказать работникам **Заказчика** медицинские услуги по проведению предварительного и периодического медицинского осмотра, а **Заказчик** обязывается своевременно оплатить стоимость оказанных медицинских услуг.

1.2. Медицинские услуги оказываются на основании Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.01.2021 № 29н "Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры" (далее – Приказ № 29н).

1.3. Медицинские услуги оказываются работникам **Заказчика**, указанным в Поименном списке лиц (Приложение №2 к контракту).

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Предоставить платные медицинские услуги в соответствии с ценами, указанными в Прейскуранте (Приложение №1) работникам **Заказчика**, указанным в поименном списке лиц.

2.1.2. Установить конкретные виды и объем оказываемых медицинских услуг, согласно Приказа № 29н с учетом предоставленного **Заказчиком** поименного списка лиц и направления.

2.1.3. Вести и оформлять в установленном порядке медицинскую документацию.

2.1.4. Вести учет видов, объемов, стоимости медицинских услуг, оказанных работникам **Заказчика**, а также денежных средств, поступивших от **Заказчика**.

2.1.5. Проводить все расчетные и финансовые операции, связанные с предметом настоящего контракта, вести бухгалтерский учет, своевременно составлять отчетность.

2.2. Заказчик обязуется:

2.2.1. Производить в сроки, предусмотренные разделом 3 настоящего Контракта расчеты с **Исполнителем** за оказанные медицинские услуги.

2.2.2. Обеспечить работников направлениями по форме, установленной приложением №1 к Приказу №29 н.

2.2.3. Обеспечить прохождение сотрудниками всех видов исследований и осмотров, установленных **Исполнителем**.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.

3.1. Стоимость услуг, оказываемых по контракту установлена на основании Приложения №2 к контракту и составляет **110 190 (сто десять тысяч сто девяносто) рублей, 00 копеек**. Стоимость услуг может изменяться при изменении цен на медицинские услуги или проведения дополнительных медицинских услуг.

3.2. Исполнитель ежемесячно в течение первых 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным, предоставляет **Заказчику**:

- Акт выполненных работ,
- отчет по оказанным услугам, в котором указывается перечень медицинских услуг, оказанных сотруднику,
- акт сверки,
- счет на оплату.

_____/В.Ю. Степанов/

_____/В.А. Решеткина/

Исполнитель вправе предоставлять **Заказчику**, Универсальный передаточный документ (УПД) вместо Акта выполненных работ и счета на оплату.

Заказчик до 15 числа месяца, следующего за отчетным рассматривает вышеуказанные документы и собственными силами и за свой счет передает оригиналы подписанных документов **Исполнителю**. Отправление документов почтой России и другими способами не допускается.

3.3. Оплата по настоящему Контракту производится **Заказчиком** в рублях Российской Федерации путем перечисления денежных средств на расчетный счет **Исполнителя**, указанный в разделе 8 настоящего Контракта, не позднее 30 календарных дней, с даты подписания акта выполненных работ. Днем исполнения **Заказчиком** обязательств по оплате счетов по настоящему контракту считается день поступления денежных средств на расчетный счет **Исполнителя**.

3.4. По итогам оказанных услуг Стороны производят окончательный расчет с обязательным подписанием актов сверки.

3.5. **Исполнитель** имеет право вводить дополнительные услуги по новым методикам в соответствии с требованиями законодательства РФ.

3.6. В случае наличия претензий по выставленному акту выполненных работ **Заказчик** представляет **Исполнителю** Акт о спорной сумме. При подтверждении **Исполнителем** выявленной ошибки, спорная сумма учитывается при дальнейших расчетах Сторон.

3.7. При изменении стоимости предоставляемых медицинских услуг, **Исполнитель** информирует **Заказчика** об изменениях не позднее, чем за 30 календарных дней до введения новых тарифов.

3.8. В случае изменения цен на медицинские услуги в порядке, установленном контрактом или оказания дополнительных услуг, предусмотренных изменениями к Приказу № 29н на дату медицинского осмотра, **Исполнитель** дополнительно выставляет **Заказчику** счет на оплату, который подлежит оплате **Заказчиком** в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения счета на оплату.

4. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ.

4.1. **Исполнитель** осуществляет прием работников **Заказчика** при предъявлении работником направления на прохождение медицинского осмотра в медицинском центре **Исполнителя**, расположенном по адресу: г. Хабаровск ул. Краснореченская, 62.

Прием работников **Заказчика** не осуществляется **Исполнителем** в случае неоплаты **Заказчиком** стоимости услуг, в порядке, установленном в п. 3.3. контракта. В этом случае, прием работников **Заказчика** возобновляется **Исполнителем** с момента полной оплаты **Заказчиком** задолженности, образовавшейся в связи с нарушением им порядка оплаты услуг установленного в п. 3.3. контракта.

4.2. Дату и время прохождения медицинского осмотра **Заказчик** обязан согласовать с **Исполнителем**, путем осуществления предварительной записи на прием, в противном случае **Исполнитель** не несет ответственности за необеспечение всеми специалистами, необходимыми для проведения медицинского осмотра. **Исполнитель** вправе отказать в приеме и обслуживании работнику **Заказчика**, явившемуся в медицинский центр для получения медицинских услуг, без предварительной записи на прием, либо в несогласованное время и (или) дату.

4.3. **Исполнитель** устанавливает объем исследования, выбор консультантов, методов обследования. При необходимости **Исполнитель** вправе без согласования привлекать соисполнителей, специалистов и выполнять необходимые для исполнения настоящего контракта исследования по контракту с другими медицинскими организациями, перенаправить лиц, подлежащих медосмотру для получения услуг по иному адресу.

4.4. В случае не прохождения работником **Заказчика** всех видов исследований и осмотров, услуга считается оказанной в полном объеме и подлежит оплате. Условия настоящего пункта не применяются в том случае, если сотрудник не прошел все виды исследований и осмотров по вине **Исполнителя**, в связи с отсутствием необходимых специалистов.

4.5. В случае нахождения работника **Заказчика** в помещении медицинского центра **Исполнителя** в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо если его действия угрожают жизни и здоровью персонала медицинского центра, либо у работника **Заказчика** отсутствует или он отказывается предоставить документ, удостоверяющий личность, а так же иных случаях, предусмотренных действующим законодательством, **Исполнитель** вправе отказать такому работнику **Заказчика** в дальнейшем предоставлении медицинских услуг с доведением информации о причине инцидента до сведения **Заказчика**. При этом услуга считается оказанной в полном объеме и подлежит оплате.

4.6. При наличии оснований **Заказчик** в течение 5 дней с даты получения документов, указанных в п.3.2. контракта, обязан направить мотивированные возражения.

4.7. При получении **Исполнителем** мотивированных возражений Стороны решают вопрос о порядке и сроках их устранения путем переговоров.

4.8. В случае если **Заказчик** в срок, указанный в п.4.6. не предоставит **Исполнителю** мотивированные возражения, **Исполнитель** в праве в одностороннем порядке считать услугу принятой.

5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

5.1. Все споры, возникающие между сторонами по настоящему контракту разрешаются в претензионном порядке, и могут быть переданы на разрешение арбитражного суда по истечении семи календарных дней со дня направления претензии (требования). Претензия (требования) может быть направлена по адресу электронной почты, указанной в разделе 8 «Адреса и реквизиты сторон» настоящего контракта.

5.2. Споры между сторонами по настоящему контракту подлежат рассмотрению в Арбитражном суде Хабаровского края.

6. ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ КОНТРАКТА.

6.1. Настоящий контракт может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке: при письменном уведомлении другой Стороны об этом намерении за 2 месяца до предполагаемой даты расторжения.

6.2. При расторжении или окончании срока действия настоящего контракта Стороны проводят сверку взаиморасчетов и погашение задолженности в течение 10 рабочих дней.

6.3. Лицами, уполномоченными действовать от имени Заказчика в правоотношениях, возникающих из настоящего контракта, являются: Решеткина Валентина Александровна.

6.4. В рамках предоставленных полномочий, лица, указанные в п. 6.3., имеют право получать и подписывать акты сверки, акты выполненных работ, отчет по оказанным услугам, счета на оплату, составлять и подписывать список лиц, направленных на медицинский осмотр, направления на медицинский осмотр, получать претензии, акты и иные документы от **Исполнителя**.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ КОНТРАКТА

7.1. Настоящий Контракт вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами и действует по «31» декабря 2024 г, в части исполнения обязательств по оплате, до полного их исполнения.

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

Исполнитель:

Общество с ограниченной ответственностью
«Медицинское учреждение «МедАльянс»
(ООО «МУ «МедАльянс»)
ОГРН 1142722004963
ИНН/КПП 2722019004/272301001
Адрес: 680003, Хабаровский край, г. Хабаровск,
ул. Краснореченская, д. 62, оф. 1
Филиал "Центральный" Банка ВТБ (ПАО)
БИК: 044525411
Номер расчетного счета: 40702810509284218458
Корреспондентский счет: 30101810145250000411
Сайт: <http://medcomis.ru/>
Тел.: (4212) 242-242

Заказчик:

Муниципальное бюджетное дошкольное
образовательное учреждение детский сад
«Сказка» с. Гаровка-2 Хабаровского
муниципального района Хабаровского края
(МБДОУ «Сказка» с. Гаровка-2)
ОГРН 1142720000191
ИНН/КПП 2720049998/272001001
Адрес: 680562, Хабаровский край, Хабаровский
район, с Гаровка-2, пер. Солнечный, д.1
ЕКС: 40102810845370000014
Р/сч (к/сч) 03234643086550002200
ФУ ХАБАРОВСКОГО РАЙОНА (МБДОУ
«Сказка» с. Гаровка-2 л/с 20226Ё97270)
ОТДЕЛЕНИЕ ХАБАРОВСК БАНКА
РОССИИ/УФК по Хабаровскому краю г.
Хабаровск
БИК 010813050
E-mail: mkdu.garovka2@mail.ru

Коммерческий директор

Заведующий

_____/В.Ю. Степанов/
М.П.

_____/В.А. Решеткина/
М.П.

_____/В.Ю. Степанов/

_____/В.А. Решеткина/