**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

г. Москва «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

**Общество с ограниченной ответственностью «Мобил.Мед» (ООО «Мобил.Мед»),** именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице Генерального директора Рябика Виталия Александровича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, именуемое в дальнейшем Заказчик, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны, далее совместно именуемые Стороны, а каждое по отдельности – Сторона, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель предоставляет услуги по проведению предварительных (при приеме Заказчиком на работу новых сотрудников) и периодических медицинских осмотров работников Заказчика, включающих в себя оказание медицинских услуг, заключающихся в проведении лабораторных исследований биологических материалов работников Заказчика, забор которых осуществляется силами Исполнителя, в том числе флюорографических обследований, предварительных и периодических диагностических и профилактических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения либо выявление профессиональных заболеваний (профосмотры),с внесением результатов вышеуказанных лабораторных исследований и флюорографических обследований в личные медицинские книжки работников Заказчика, а также, внесения результатов вышеозначенных диагностических и профилактических мероприятий (профосмотров) в Заключение/Заключительный Акт, а также Исполнитель оказывает услуги по проведению обязательного психиатрического освидетельствования лиц, осуществляющих отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающих в условиях повышенной опасности, с внесением результатов вышеуказанных осмотров, обследований и освидетельствований в медицинские документы установленного образца (далее – Услуги). Услуги оказываются в соответствии с имеющейся у Исполнителя Лицензией и иными необходимыми в соответствии с санитарным законодательством Российской Федерации документами. Услуги, оказываемые Исполнителем, не подлежат обложению налогом на добавленную стоимость в соответствии с положениями статьи 149 Налогового кодекса РФ.

2.ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ И ОПЛАТЫ УСЛУГ

2.1. Исполнитель обязуется обеспечить на имеющихся у него на праве собственности, аренды, либо ином праве, площадях условия для оказания Услуг и оказывать Услуги на данных площадях.

2.2. Исполнитель может оказывать Услуги на территории Заказчика с учетом требований действующего законодательства. Стороны в ходе переговоров определяют возможность выезда, срок и условия выезда Исполнителя к Заказчику, а также размер денежного вознаграждения за оказание Услуг в соответствии с настоящим пунктом.

2.3. В случае оказания Услуг в соответствии с пунктом 2.1 настоящего Договора Заказчик, направляя своих работников в соответствии с пунктом 1.1 настоящего Договора на медицинский осмотр, выдает им бланк направления установленной Сторонами в ходе переговоров формы (далее – Направление) (Приложение № 2 к Договору). В случае несоответствия выданного Заказчиком своему работнику Направления требованиям, закрепленным Сторонами в Приложении № 2 к Договору, Исполнитель оставляет за собой право отказать в оказании Услуг.

2.3.1. Исполнитель вносит результаты флюорографических обследований и лабораторных исследований в установленном санитарным законодательством порядке в личные медицинские книжки работников Заказчика (далее – ЛМК) в течение семи рабочих дней с момента проведения в соответствии с пунктом 1.1 настоящего Договора предварительных или периодических медицинских осмотров работников Заказчика.

2.3.2. По результатам проведения предварительного профосмотра в соответствии с пунктом 1.1 настоящего Договора Исполнитель вносит его результаты в бланк Заключения (далее – Заключение) в течение пяти рабочих дней с момента окончания проведения соответствующих медицинских осмотров в соответствии с пунктом 1.1 Договора.

2.3.3. В случае оказания Услуг в соответствии с пунктом 2.1, 2.2 настоящего Договора Заказчик направляет Поименный список сотрудников (Приложение № 3 к Договору), направляемых на периодический осмотр.

2.3.4. По результатам проведения периодического профосмотра Исполнитель предоставляет Заказчику Заключительный акт медицинской комиссии о профессиональной пригодности обследованных работников Заказчика (далее – Заключительный Акт). Срок подготовки Заключительного Акта Исполнителем Заказчику составляет тридцать календарных дней с момента окончания проведения периодического профосмотра.

2.3.5. Сроки проведения периодического осмотра сотрудников Заказчика определяются в ходе согласования Календарного плана (Приложение № 4 к Договору). Заказчик завершает подготовку Календарного плана и предоставляет его Исполнителю за две недели (12 рабочих дней) до момента начала оказания услуг в соответствии с означенным Календарным планом. В случае нарушения срока передачи Календарного плана Исполнителю, оказание Услуг откладывается на срок, который потребуется Заказчику для исполнения своих обязательств по настоящему пункту.

2.3.6. Исполнитель вносит результаты психиатрических и медицинских осмотров/обследований в медицинские документы установленного образца (Медицинские заключения, далее – Справки) в течение двадцати рабочих дней с момента проведения в соответствии с пунктом 1.1 настоящего Договора психиатрического освидетельствования лиц, направленных Заказчиком.

2.4. Исполнитель в соответствии с действующим законодательством РФ, в случае выявления в результате лабораторных исследований биоматериалов у работников Заказчика патологии, дает Заказчику разъяснения по направлению вышеозначенных работников в рекомендательном порядке на дополнительное обследование и получение медицинской помощи в лечебные учреждения. При обнаружении патологии, подозрения на наличие патологии, не предоставления работником Заказчика необходимых справок (справки подлежат проверке Исполнителем, что требует дополнительного времени для получения ответа), наличия медотвода, необходимости проведения пересдачи из-за несоблюдения работником правил и требований прохождения медицинских обследований срок завершения оказания услуг откладывается до момента устранения препятствующих факторов. В случае невозможности Исполнителя по вине Заказчика/работника Заказчика предоставить установленный настоящим договором медицинский документ с результатами медицинских обследований, Исполнитель вправе предоставить в качестве результата медицинский документ установленного образца - справку, содержащую данные, имеющиеся у Исполнителя на момент составления указанной справки.

2.4.1. Исполнитель в соответствии с действующим законодательством РФ, в случае обнаружения у работников Заказчика патологии или признаков профессионального заболевания, дает Заказчику разъяснения по направлению вышеозначенных работников в рекомендательном порядке на дополнительное обследование в соответствующие лечебные учреждения/в центр профпатологии с целью установления окончательного диагноза и/или связи обнаруженных признаков заболевания с профессиональной деятельностью. При обнаружении патологии, подозрения на наличие патологии, не предоставления работником Заказчика необходимых справок (справки подлежат проверке Исполнителем, что требует дополнительного времени для получения ответа), наличия медотвода, необходимости проведения пересдачи из-за несоблюдения работником правил и требований прохождения медицинских обследований срок завершения оказания услуг откладывается до момента устранения препятствующих факторов. В случае невозможности Исполнителя по вине Заказчика/работника Заказчика предоставить установленный настоящим договором медицинский документ с результатами медицинских обследований, Исполнитель вправе предоставить в качестве результата решение врачебной комиссии, содержащее данные, имеющиеся у Исполнителя на момент составления указанного решения.

2.4.2. Исполнитель в соответствии с действующим законодательством РФ, в случае выявления в результате психиатрического освидетельствования у лиц, направленных Заказчиком, патологии, дает Заказчику разъяснения по направлению вышеозначенных лиц в рекомендательном порядке на дополнительное обследование и получение медицинской помощи в лечебные учреждения.

2.5. В случае оказания Услуг в соответствии с положениями пунктов 2.1, 2.2 настоящего Договора Исполнительв течение первых семи рабочих дней каждого календарного месяца, следующего за месяцем, в котором были оказаны Услуги, направляет Заказчику счет на оплату за оказанные Услуги, акт об оказании Услуг, счет-фактуру. По взаимной договоренности Сторон счет может быть выставлен и непосредственно после оказания Услуг. Также Стороны предусматривают возможность выставления Исполнителем счета на предварительную оплату в размере суммы, согласованной Сторонами/представителями Сторон (оплата такого счета считается подтверждением договоренности о предоплате Услуг). Если в течение пяти рабочих дней с момента получения Заказчиком акта об оказании Услуг Заказчик не направил Исполнителю возражений по указанному акту, то акт об оказании Услуг считается согласованным, а счет за оказанные Услуги подлежит оплате в течение десяти рабочих дней с момента получения такого счета.

2.6. Заказчик обязан в течение десяти рабочих дней со дня получения указанного в пункте 2.5 настоящего Договора счета, произвести оплату указанной в данном счете суммы и направить Исполнителю подтверждающий данную оплату документ и второй экземпляр должным образом согласованного акта об оказании Услуг. Сумма, обозначенная в указанном в пункте 2.5 настоящего Договора счете, считается уплаченной в момент поступления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

В случае несогласия с указанным в акте об оказании Услуг объемом оказанных Услуг Заказчик обязан в течение пяти рабочих дней со дня получения указанного в пункте 2.5 настоящего Договора счета направить Исполнителю перечень выявленных несоответствий данных об оказанных Услугах, имеющихся у Исполнителя, с данными об оказанных Услугах, имеющихся у Заказчика, с подтверждающими указанные несоответствия документами. В случае не направления Заказчиком Исполнителю в пятидневный срок перечня выявленных несоответствий данных об оказанных Услугах, акт об оказании Услуг считается согласованным, и оказанные Услуги подлежат оплате в соответствии с указанным в пункте 2.5 настоящего Договора счетом на оплату за оказанные Услуги.

В течение трех рабочих дней с момента получения перечня выявленных несоответствий данных об оказанных Услугах Исполнитель направляет Заказчику результаты проверки акта об оказании Услуг с пояснениями в части несоответствия данных об оказанных Услугах с приложением подтверждающих документов и скорректированный на основании результатов проверки акта об оказании Услуг счет на оплату за оказанные Услуги, подлежащий оплате в течение трех рабочих дней с момента его получения. В случае, если указанные Заказчиком несоответствия данных об оказанных Услугах не будут подтверждены результатами проведенной Исполнителем проверки акта об оказании Услуг, счет на оплату за оказанные Услуги не корректируется и оплачивается Заказчиком в течение трех рабочих дней с момента получения результатов проверки акта об оказании Услуг.

В случае несогласия Заказчика с результатами проверки акта об оказании Услуг Стороны обязуются урегулировать возникшие разногласия в течение пяти дней с момента получения Заказчиком перечня несоответствий акта об оказании Услуг в соответствии с пунктом 4.1 настоящего Договора.

2.7. Сумма, указываемая в счете за оказанные услуги, формируется в соответствии с Перечнем тарифов на Услуги (Приложение № 1 к настоящему Договору), который является неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.8. В случае внесения Исполнителем изменений в Перечень тарифов на Услуги Исполнитель за 10 календарных дней до даты внесения указанных изменений направляет Заказчику Перечень тарифов на Услуги с внесенными в него изменениями. По истечении указанного десятидневного срока Перечень тарифов на Услуги, с внесенными в него изменениями, становится неотъемлемой частью настоящего Договора, заменяя предыдущий Перечень тарифов на Услуги (Приложение № 1 к настоящему Договору).

2.9.Исполнитель для выполнения своих обязательств по настоящему Договору вправе пользоваться услугами третьих лиц и несет ответственность перед Заказчиком в случае нарушения настоящего Договора по причине неисполнения или ненадлежащего исполнения третьими лицами возложенных на них обязательств.

2.10. По взаимной договоренности Сторон Исполнитель в течение пяти рабочих дней с момента готовности необходимых документов (ЛМК, Заключительный Акт, Заключение, медицинские заключения/Справки) может осуществить их бесплатную доставку по адресу фактического местонахождения Заказчика.

2.11. Исполнитель уведомляет Заказчика о назначении Представителя Исполнителя, который будет вести переговоры и непосредственно участвовать в разрешении спорных моментов, которые могут возникнуть при оказании Услуг. Контактные данные Представителя Исполнителя по настоящему Договору: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Контактные данные Представителя Заказчика по настоящему Договору: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Договоренности, достигнутые путем переписки с применением электронной почты, указываемой Сторонами в настоящем пункте, признаются обязательными для исполнения в рамках настоящего Договора и могут использоваться при возникновении спорных ситуаций. Все договоренности, достигнутые в процессе телефонных переговоров, должны дополнительно фиксироваться путем направления письма на электронную почту. В случае нарушения Заказчиком обязанностей по оплате, Исполнитель вправе прекратить оказание Услуг за безналичный расчет и не осуществлять доставку готовых медицинских документов.

2.12. Заказчик вправе по договоренности Сторон производить наличный расчет за Услуги в соответствии с расценками, указанными в Перечне тарифов на Услуги, в день обращения за Услугами, оказываемыми в соответствии с пунктом 2.1 настоящего Договора, путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

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

4. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

4.1. Все споры и разногласия, возникающие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем проведения переговоров между Сторонами.

4.2. В случае невозможности разрешения споров или разногласий путем переговоров такие споры и разногласия подлежат рассмотрению в Арбитражном суде г. Москвы.

5. ФОРС-МАЖОР

5.1. При наступлении обстоятельств невозможности полного или частичного исполнения любой из Сторон своих обязательств по настоящему Договору, если такое неисполнение является следствием действия непреодолимой силы, а именно: стихийного бедствия, пожара, взрыва, военных действий, блокады, вступления в силу постановлений и распоряжений органов государственной власти и управления, влияющих на осуществление Сторонами своих обязательств по Договору, а также других, не зависящих от Сторон чрезвычайных обстоятельств, которые Стороны не могли предвидеть и предусмотреть при заключении Договора, срок исполнения обязательств по Договору продлевается на период действия таких обстоятельств.

5.2. Сторона, для которой создалась невозможность исполнения обязательств по Договору по не зависящим от нее причинам, должна в течение пяти рабочих дней с момента наступления обстоятельств, указанных в пункте 5.1 настоящего Договора, уведомить другую Сторону о наступлении форс-мажорных обстоятельств.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ НАСТОЯЩЕГО ДОГОВОРА

6.1. Настоящий Договор вступает в законную силу и действует в течение одного года с момента его подписания. В случае, если по истечении срока действия настоящего Договора ни одна из Сторон не выразит желания о прекращении исполнения своих обязательств по настоящему Договору, то настоящий Договор считается продленным на тот же срок. По истечении срока пролонгации при отсутствии изъявления одной из Сторон желания расторгнуть настоящий Договор, срок действия настоящего Договора продляется повторно. Количество подобных пролонгаций не ограничено.

6.2. Настоящий Договор может быть досрочно расторгнут по желанию одной из Сторон. При этом Сторона, желающая расторгнуть настоящий Договор, должна направить другой Стороне письменное уведомление о желании расторгнуть настоящий Договор не позднее, чем за тридцать календарных дней до момента расторжения настоящего Договора.

6.3. Действие настоящего Договора может быть прекращено досрочно в случае нарушения одной из Сторон своих обязательств и невозможности урегулирования возникших по причине указанного нарушения разногласий в соответствии с пунктами 4.1, 4.2 настоящего Договора.

6.4. Прекращение действия настоящего Договора не освобождает Стороны от исполнения своих обязательств, возникших до момента прекращения действия настоящего Договора.

6.5 Прекращение действия настоящего Договора не освобождает Стороны от оплаты Услуг, оказанных до момента прекращения действия настоящего Договора и погашения задолженностей по настоящему Договору, возникших до момента прекращения действия настоящего Договора.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Настоящий Договор составлен на русском языке в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7.2. Все приложения к настоящему Договору, должным образом заверенные Сторонами, становятся неотъемлемой частью настоящего Договора.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются в виде дополнительных соглашений между Сторонами.

7.4. Сторона, у которой изменились реквизиты, обязана своевременно сообщить об этом другой Стороне. В противном случае последствия не уведомления/несвоевременного уведомления возлагаются на виновную Сторону.

7.5. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| РЕКВИЗИТЫ СТОРОН. | | | |
| **Исполнитель** |  | | **Заказчик** |
| **ООО «Мобил.Мед»** |  |  | | |
| ОГРН 1077746283284 |  |  | | |
| ИНН 7707616703 |  |  | | |
| КПП 770901001 |  |  | | |
| 109028, МОСКВА ГОРОД, УЛИЦА ВОРОНЦОВО ПОЛЕ, 5-7, СТР 8 |  |  | | |
| р/с 40702810420000000262 |  |  | | |
| Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО) в г. Москве |  |  | | |
| БИК 044525411 |  |  | | |
| к/с 30101810145250000411 |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
| Генеральный директор |  |  | | |
| Рябик В. А. |  |  | | |
| М.П. |  | М.П. | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение №1 к Договору  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. |

**Перечень тарифов на Услуги**

**Исполнитель**

ООО «Мобил.Мед»

Генеральный директор Рябик В. А. //\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ //МП

**Заказчик**

//\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ //МП

Приложение №2 к Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Настоящим ООО «Мобил.Мед» и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ принимают следующую форму направлений\* на медицинский осмотр и обязательное психиатрическое освидетельствование:

**ПРИЕМ ТОЛЬКО ПО ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ЗАПИСИ**



**ВНИМАНИЕ: Направление должно быть заполнено, с датой, подписью и печатью!**

ПРИ НЕВЕРНО ЗАПОЛНЕННОМ НАПРАВЛЕНИИ - ОБСЛЕДОВАНИЕ НЕ ПРОВОДИТСЯ!

|  |  |
| --- | --- |
| **ЯВКА НАТОЩАК ИЛИ ГОЛОД 4-5 ЧАСОВ ПРИ СЕБЕ ИМЕТЬ: 1. Паспорт 2. Направление\* 3. Медицинскую книжку 4. Стерильный аптечный контейнер для биоматериалов, с утренней мочой (не менее 60 мл). *(В мед.центре запрещено наполнять контейнер биоматериалом)*** |  |

**Памятка для сотрудника:**

За сутки до прохождения медицинского осмотра Работнику необходимо воздержаться от употребления жирной пищи и алкогольных напитков. Работник в день прохождения медицинского осмотра собирает первую порцию утренней мочи (не менее 60 мл) в аптечный одноразовый стерильный пластиковый контейнер (не допускается собирать мочу в емкости, не предназначенные для лабораторных исследований.). **Работнику, явившемуся на медицинский осмотр без биологических материалов для проведения общего анализа мочи, а также, не исполнившему вышеуказанные требования к подлежащим предъявлению документам, будет отказано в проведении медицинского осмотра.** Медицинский осмотр женщин во время менструации не проводится. Медицинские справки, выданные иными медицинскими учреждениями, принимаются Исполнителем только в качестве дополнительной информации при сборе анамнеза. Для прохождения осмотра у офтальмолога требуется заранее снять контактные линзы. Обследуемое лицо обязано получить результаты медосмотра/лабораторных исследований.

Время работы: **пн-пт с 09-00 до 17-00**

***Безналичный расчет***

**Направление на медицинский осмотр и оформление личной медицинской книжки**

**От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(наименование организации)**

Направляется в ООО "Мобил.Мед" (ОГРН 1077746283284)  
по адресу: **г. Москва, ул. Резервный проезд 11А стр.1**

**Эл. Почта ${ManagerContactEmail} контактный телефон 8-495-781-000-3**

1. **Вид медицинского осмотра:** предварительный/периодический/внеочередной **(нужное подчеркнуть)**
2. **ФИО, пол работника:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Мужской/Женский
3. **Дата рождения работника:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. **Структурное подразделение:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
   (наименование структурного подразделения работодателя (при наличии), в котором будет занят работник)
5. **Наименование должности (профессии) или вид работ**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Вредные и опасные производственные факторы, виды работ в соответствии со списком контингента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Оформление медкнижки: новая/продление/очередная аттестация **(нужное подчеркнуть)**

**ПРИМЕЧАНИЯ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Дата ФИО, должность, подпись и расшифровка подписи руководителя  
 М.П  
  
*\*Работодатель (его представитель) обязан организовать учет выданных направлений*

**ВНИМАНИЕ: Направление должно быть заполнено, с датой, подписью и печатью**

ПРИ НЕВЕРНО ЗАПОЛНЕННОМ НАПРАВЛЕНИИ - МЕД.ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРОВОДИТЬСЯ НЕ БУДЕТ!

**Направление на обязательное психиатрическое освидетельствование\***  
ООО «Мобил.Мед»



(ОГРН 1077746283284)

Почта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Телефон: 8-495-781-00-03

**г. Москва, Резервный пр-д, д. 11А, стр.1**

БЕЗНАЛИЧНЫЙ РАСЧЕТ

Дата формирования направления \_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Наименование работодателя, адрес электронной почты, контактный номер телефона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вид экономической деятельности работодателя по Общероссийскому [классификатору](consultantplus://offline/ref=78DEB746EC5622AD3CE73CB6121FDFED16007C266DEC2EFD7A6C604172416442AEB94C21592E77DDB7E1C2E723P1yFM) видов экономической деятельности (ОКВЭД) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, пол работника

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г., М/Ж

Наименование структурного подразделения работодателя (при наличии), в котором работник осуществляет отдельный вид (виды) деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование должности (профессии) работника, направляемого на освидетельствование\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вид (виды) деятельности, осуществляемый работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о заключениях, выданных по результатам обязательных предварительных и (или) периодических медицинских осмотров работников (при их наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (должность уполномоченного лица) (подпись уполномоченного лица) (ФИО)

М.П.

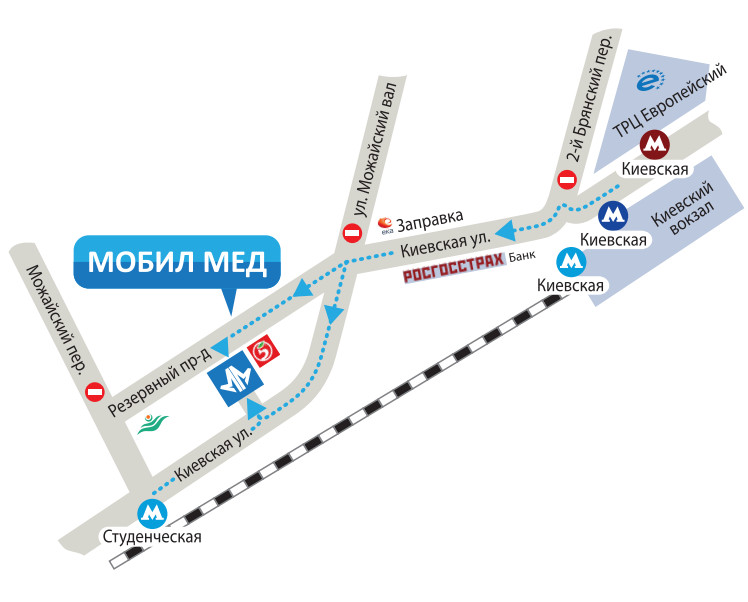
**ВАЖНО! При себе иметь направление, паспорт, регистрацию.**

**Адрес медицинского центра г. Москва, Резервный пр-д, д. 11А, стр.1 (м. Киевская / м. Студенческая).**

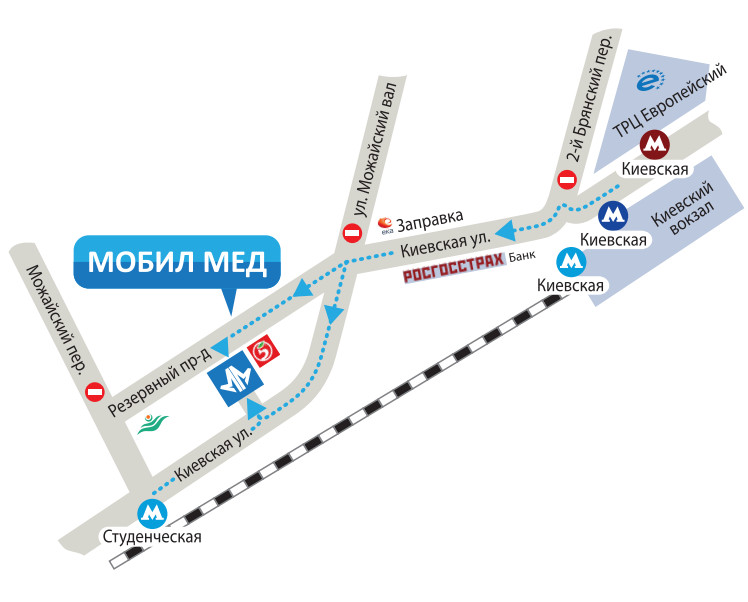
**Время прохождения мед. осмотра:** Будние дни - 9.00-17.00, суббота, воскресенье – выходной

Контактный телефон 8-495-781-00-03

*\*Работодатель (его представитель) обязан организовать учет выданных направлений*



***ВНИМАНИЕ: Направление должно быть заполнено, с датой, подписью и печатью! Действительно в течение 10 дней!*** ПРИ НЕВЕРНО ЗАПОЛНЕННОМ НАПРАВЛЕНИИ - МЕД. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРОВОДИТЬСЯ НЕ БУДЕТ!



***БЕЗНАЛИЧНЫЙРАСЧЕТ***

От Заказчик

***Адрес доставки:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Направляется:

Гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

направляется в медицинский центр «Мобил.Мед» для прохождения и сдачи необходимых анализов с целью:

- сдать биоматериал для проведения лабораторных анализов

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Исследование крови на антитела к SARS-COV-2 (COVID-2019), IgM  
Исследование крови на антитела к SARS-COV-2 (COVID-2019), IgG

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_М.П.

**Адрес: м. Киевская/Студенческая, г. Москва,Резервный пр-д, д. 11А, стр. 1**

Часы работы с 9.00 до 17.00, в субботу с 10.00 до 15.00.

**Контакт-центр: 8-495-781-00-03**

\* Обследуемое лицо обязано получить результаты медицинского осмотра/лабораторных исследований, заключение и выписку по результатам медосмотра

Стороны договорились, что основанием для отказа в обслуживании по безналичному расчету является отсутствие в Направлении:

- даты выдачи (также, истечение срока действия направления) либо подтверждения исправления даты выдачи уполномоченным лицом организации;

- сведений о лице, направляемом на медицинский осмотр;

- печати Заказчика, выдавшего направление;

- подписи уполномоченного лица Заказчика, выдавшего направление;

- данных об организации, выдавшей направление (Заказчике) (также, несоответствие данных об организации, обозначенных в тексте направления, сведениям, содержащимся в печати);

- время прохождения медосмотра (заполняется Заказчиком по согласованию Сторон только при наличии этой позиции в форме Направления).

Обязанность заполнения Направлений лежит на Заказчике. Срок действия Направления 10 рабочих дней с дата выдачи.

**Исполнитель**

ООО «Мобил.Мед»

Генеральный директор Рябик В. А. //\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ //МП

**Заказчик**

//\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ //МП

Приложение № 3 к Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

|  |
| --- |
| **Утверждаю:** |
| **Представитель работодателя** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Должность, ФИО, подпись |
|  |
| **"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.** |
| **М.П.** |

**Поименный список лиц, подлежащих периодическим медицинским осмотрам (обследованиям) в 20\_\_ году (ФОРМА)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Фамилия Имя Отчество** | **Пол** | **Дата рождения** | **Профессия (должность) работника** | **Стаж работы в профессии (должности)** | **Наименование структурного подразделения работодателя (при наличии)** | **Наименование вредного**  **производственного фактора или**  **вида работы** | **номера пунктов в соответствии с приложением к Приказу № 29н вредных производственных факторов, работ , а также вредных производственных факторов, установленных в результате СОУТ** |
|
|  | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Уполномоченный представитель работодателя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |  |
|  |
|  |  |  |  |  | Должность, ФИО, подпись |  |  |

**Исполнитель**

ООО «Мобил.Мед»

Генеральный директор Рябик В. А. //\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ //МП

**Заказчик**

//\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ //МП

Приложение № 4 к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Утверждаю: \_\_ \_\_ \_\_\_\_  Главный врач  ООО «Мобил.Мед»  \_\_\_\_\_\_\_\_ Попов В.С.  м.п. |  | Согласовано  \_\_\_\_\_\_\_\_\_  м.п. |

# Календарный план проведения периодического медицинского осмотра в 20\_\_ году.

**(ФОРМА)**

Сведения об организации

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование |  |
| Фактический адрес: |  |

Сведения о медицинской организации

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование | ООО «Мобил.Мед» |
| Фактический адрес: | г. Москва, ул. Резервный проезд 11А стр.1 |

**Дата начала медицинского осмотра в 20\_\_ году**: *с «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» по «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» 20\_\_г.*

*С пн. –пятн. с \_\_\_.00 до \_\_\_.00*

**Исполнитель**

ООО «Мобил.Мед»

Генеральный директор Рябик В. А. //\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ //МП

**Заказчик**

//\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ //МП