ПРОЕКТ ДОГОВОРА

**Договор № \_\_\_\_\_**

**на оказание медицинских услуг**

**по проведению периодического медицинского осмотра работников ОАО "ЕПТС", занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда.**

**г. Елабуга «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2016г.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем Исполнитель, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны и Открытое акционерное общество «Елабужское ПТС»**,**  именуемое дальнейшем Заказчик, в лице и.о. генерального директора Дементьева А.В,действующего на основании Устава, с другой стороны, заключили настоящий договор по результатам проведения запроса предложений от \_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_о нижеследующем:

**1. Общие условия.**

1.1.ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется согласно графику, согласованному сторонами провести периодический медицинский осмотр (далее по тексту-**обследование)**, работников ЗАКАЗЧИКА, в количестве 133 человек, работающих в контакте с вредными, опасными веществами и производственными факторами, а также работников определенных профессий в целях охраны здоровья населения, предотвращения распространения, инфекций передаваемых половым путем, заразных кожных и паразитарных заболеваний, при наличии таковых в штате ЗАКАЗЧИКА, а ЗАКАЗЧИК обязуется оплатить оказанные услуги.

**2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

2. 1. **ЗАКАЗЧИК обязуется**:

2.1.1. Представить ИСПОЛНИТЕЛЮ список работников, подлежащих обследованию в электронном файле/ бумажном варианте, утвержденные руководителем ЗАКАЗЧИКА, за две недели до прохождения обследования.

2.1.2. За 10 (десять) дней до начала обследования провести корректировку и окончательно уточнить списки работников, подлежащих обследованию.

2.1.3. Обеспечить своих работников направлением на обследование в соответствии с утвержденным графиком, с указанием в направлении перечня производственных факторов, подписанным уполномоченным лицом с расшифровкой фамилии и скрепленным печатью ЗАКАЗЧИКА. В случае отсутствия либо ненадлежащего оформления указанного направления у работников ЗАКАЗЧИКА, обследование работникам проводиться не будет.

2.1.4. Оплатить указанные медицинские услуги согласно п.3.2. настоящего Договора.

2.2. **ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется :**

2.2.1. Предоставить ЗАКАЗЧИКУ график проведения обследования в срок за 2(две) недели до прохождения обследования.

2.2.2. Обеспечить проведение обследования работников ЗАКАЗЧИКА квалифицированными специалистами в соответствии со стандартами обследования, регламентированными нормативными документами.

2.2.3. Представить соответствующую медицинскую и статистическую информацию по результатам оказанных медицинских услуг в форме заключительного акта и акта приемки сдачи выполненных работ.

**3. ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ**

3.1. Стоимость оказываемых медицинских услуг определяется по утверждённому ИСПОЛНИТЕЛЕМ прейскуранту (Приложение № 1) , действующему на момент прохождения медицинского осмотра и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. ( в том числе НЛС, НДС не облагается)

3.2. Оплата услуг производится в следующем порядке :

- расчет по фактически оказанным услугам ЗАКАЗЧИК осуществляет в срок не позднее 30.10.2016 г. при условии подписания Сторонами акта выполненных работ.

ИЛИ (предложение Исполнителя)

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

3.3 Заключительные медицинские акты по результатам обследования работников ЗАКАЗЧИКА предоставляются ИСПОЛНИТЕЛЕМ совместно с актом выполненных работ.

**4. СРОКИ И ПОРЯДОК СДАЧИ И ПРИЕМКИ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ**

4.1. Срок оказания услуг – не более 30 рабочих дней с даты заключения договора. Выполнение работ подтверждается подписанием ЗАКАЗЧИКОМ акта выполненных работ, после выдачи заключительного акта осмотра и паспортов здоровья всем работникам, проходившим осмотр, по форме установленной действующим законодательством..

4.2. Приемка оказанных услуг по договору осуществляется ЗАКАЗЧИКОМ в течение 3-х рабочих дней с момента его предоставления ИСПОЛНИТЕЛЕМ. По истечении указанного срока ЗАКАЗЧИК представляет мотивированный отказ (письменно), либо оказанные услуги считаются принятыми ЗАКАЗЧИКОМ. В случае невозможности прохождения конкретным работником ЗАКАЗЧИКА медицинского осмотра в сроки, предусмотренные настоящей документацией по причине временной нетрудоспособности, нахождения в очередном отпуске и др. уважительным причинам, а также отказа работника ЗАКАЗЧИКА от прохождения мед. осмотра, оплата производится за фактически оказанные услуги в соответствии с п. 3.2., а действие договора продлевается до момента прохождения осмотра всеми работниками. В этом случае Исполнитель не является просрочившим исполнение обязательств и никаких мер ответственности не несет.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ**

5.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ несёт ответственность за качественное обслуживание работников ЗАКАЗЧИКА, соблюдение стандартов обследования в соответствии с действующими нормативными документами.

5.2. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, применение штрафных санкций не освобождает стороны от исполнений обязательств по договору.

5.3. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, стороны принимают все меры по их разрешению путем переговоров. При не достижении согласия споры разрешаются Арбитражным Судом Республики Татарстан.

5.4. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется не разглашать, не передавать третьим лицам, ставшую известной приисполнении настоящего договора информацию, содержащую персональные данные работников ЗАКАЗЧИКА и иных субъектов персональных данных, В случае нарушения указанного условия ИСПОЛНИТЕЛЬ несет ответственность в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

5.5. Прекращение (окончание) срока действия настоящего договора не освобождает стороны от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора, если таковые имели место при исполнении условий настоящего договора.

**6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

6.1. Расторжение настоящего Договора допускается по основаниям, предусмотренным действующим гражданским законодательством Российской Федерации.

6.2. В случае досрочного расторжения Договора по инициативе ЗАКАЗЧИКА, ЗАКАЗЧИК обязуется Оплатить фактически проведенную ИСПОЛНИТЕЛЕМ работу в течение 5 (пяти) банковских дней на основании акта выполненных работ.

6.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору действительны, если они оформлены в письменной форме дополнительным соглашением.

1. **СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

**7**.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до 31.12.2016г., а по расчетам – до полного исполнения сторонами своих обязательств.

7.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

**8. Юридические адреса платежные реквизиты и подписи сторон.**

|  |  |
| --- | --- |
| Заказчик:  ОАО «Елабужское ПТС»  Адрес: 423600. РТ, г. Елабуга,  ул. Интернациональная, 9А  р/с 40702810612000000151  в ОАО «АИКБ» Татфондбанк  к/с 30101810100000000815  ИНН 1646020589, КПП 164601001  БИК 049205815  ОГРН 1061674038491  тел. (885557) 3-32-20, 3-34-76  **и.о Генеральный директор**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /А.В.Дементьев** | Исполнитель:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  р\с  в  к\с  ИНН\КПП  БИК  ОГРН  тел. /электр.адрес.  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Приложение № 1

к договору оказания услуг

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2016г.

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ГРАФИК**

**прохождения периодического медицинского осмотра**

**формируется Заказчиком по согласованию с Исполнителем, с указанием ФИО, профессии (должности) работника, даты и времени прохождения периодического медицинского осмотра в медицинской организации (содержит персональные данные и не подлежит публикации в сети "Интернет").**

|  |  |
| --- | --- |
| **Заказчик:**  **ОАО «Елабужское ПТС»**  **И.о. Генеральный директор**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /А.В.Дементьев** | **Исполнитель:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |