**ДОГОВОР № \_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Липецк « \_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_г.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «**Заказчик**», с одной стороны, и Государственное учреждение здравоохранения «Областной врачебно-физкультурный диспансер» (ГУЗ «ОВФД»), именуемый в дальнейшем **«Исполнитель»** в лице главного врача Николаевой Ирины Владимировны, действующего на основании Устава и лицензии № ЛО-48-01-002107 от 19 марта 2020 года, выданная управлением здравоохранения Липецкой области с другой стороны, а вместе именуемые **«Стороны»** заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1.Предмет договора**

1.1. В соответствии с настоящим Договором «Исполнитель» обязуется предоставлять «Заказчику» платные медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности, а «Заказчик» обязуется оплатить фактически оказанные медицинские услуги согласно перечня комплекса оказываемых услуг для лиц, получающих спортивную подготовку (далее – Перечень) и Прейскуранту платных медицинских услуг, оказываемых государственным учреждением здравоохранения «Областной врачебно-физкультурный диспансер» (далее – Прейскурант), действующему на момент оказания соответствующих услуг.

1.2. По условиям настоящего договора «Исполнитель» обязуется предоставить на возмездной основемедицинские услуги в соответствии с объемом обследования, предусмотренным в Приказе Министерства здравоохранения РФ от 23 октября 2020 г. № 1144н «Об утверждении порядка организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)» и форм медицинских заключений о допуске к участию в физкультурных и спортивных мероприятиях».
 1.3. Объем медицинских услуг согласовывается «Заказчиком» на основе списка спортсменов, подлежащих медицинскому осмотру в ГУЗ «ОВФД», являющимся неотъемлемой частью договора (Приложение № 2).

**2. Права и обязанности сторон**

**2.1. «Заказчик» имеет право:**

2.1.1. Получать квалифицированные медицинские услуги (медицинскую помощь).

2.1.2. Получать информацию о количестве и результатах (допуск/не допуск) проведенных медицинских осмотров.

**2.2. «Исполнитель» имеет право:**

2.2.1. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинский помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации.

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

2.2.3. Изменять Перечень и Прейскурант цен на оказываемые медицинские услуги в течение срока действия настоящего Договора в одностороннем порядке, без согласования с Заказчиком, уведомив письменно заказчика, не менее чем за 14 дней до оказания медицинских услуг.

2.2.4. Отказать в оказании платных медицинских услуг «Заказчику» при несоблюдении условий настоящего Договора.

2.2.5. Назначить дополнительные исследования и консультации по медицинским показаниям в соответствии с Прейскурантом.

 **2.3. «Заказчик» обязуется:**

2.3.1. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные Исполнителем медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.3.2. Ежегодно, до 01 октября текущего года, предоставлять списки спортсменов, подлежащих диспансерному наблюдению согласно Приложению №1.

2.3.3. Согласовывать предварительную дату осмотра в графике диспансеризации.

2.3.4. За 14 дней до даты осмотра предоставлять в диспансер список (справку) спортсменов, подлежащих медицинскому осмотру, с указанием ответственного лица (тренер-преподаватель) – представитель спортивной организации, который подтверждает соответствие персональных данных, указанных в списках, личности несовершеннолетнего спортсмена (в отсутствии законного представителя) при прохождении УМО, заверенный подписью тренера-преподавателя, руководителя организации и печатью организации согласно Приложению №2.

2.3.5. Направлять в диспансер на первый медицинский осмотр лиц, занимающихся спортом не менее 6 месяцев, с медицинской картой (ф№112) или выпиской из нее.

2.3.6. За 3 дня до даты осмотра подтверждать явку на осмотр; в случае неявки на осмотр по предварительной записи (по графику диспансеризации) – дата проведения осмотра согласовывается дополнительно.

2.3.7. Тренер-преподаватель, определенный руководителем спортивной организации, как ответственное лицо за прохождение медицинского осмотра, должен проверить у несовершеннолетнего спортсмена наличие документа, удостоверяющего его личность (возможно наличие ксерокопии), а так же предоставить перед осмотром информированное согласие родителей (законных представителей) на медицинское вмешательство, согласие на обработку персональных данных и ксерокопию документа, удостоверяющего личность законного представителя, анкету, а так же подтвердить соответствие персональных данных, указанных в списках, личности несовершеннолетнего спортсмена (в отсутствии законного представителя) на всех этапах прохождения углубленного медицинского осмотра.

2.3.8. Обеспечивать явку спортсменов на осмотры по предварительной записи.

 2.3.9. Обеспечивать присутствие тренера в диспансер при проведении осмотра спортсменов.

2.3.10. Соблюдать правила прохождения медицинского осмотра.

2.3.11. Доводить до сведения родителей (законных представителей), результаты медицинского обследования (допуск/не допуск).

2.3.12. Оказывать содействие работникам диспансера при выполнении принятых им обязательств.

 **2.4. «Исполнитель» обязуется:**

2.4.1. Оказывать Заказчику необходимые платные медицинские услуги  в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 23 октября 2020 г.

№ 1144н «Об утверждении порядка организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)» и форм медицинских заключений о допуске к участию в физкультурных и спортивных мероприятиях» в зависимости от этапа спортивной подготовки в соответствии с Приложением №3, Елецкий филиал с Приложением №5.

2.4.2. К 15 декабря составлять график диспансеризации спортивных организаций на следующий год и опубликовать его на сайте ГУЗ «ОВФД».

 2.4.3. Предоставлять информацию о результатах проведенного осмотра тренеру (допуск/не допуск), оформлять допуск к соревнованиям по заявочным листам.

2.4.4. Предоставлять полную информацию о результатах проведенного осмотра родителю (законному представителю), тренеру при наличии нотариально заверенного согласия родителя (законного представителя).

2.4.5. Информировать администрацию и тренера о спортсменах, не прошедших медицинский осмотр, **а также о лицах, не допущенных по результатам медицинского осмотра к занятиям спортом в течении 10 рабочих дней после прохождения УМО.**

**2.4.6. Оформить заявку для участия в спортивных соревнованиях в течении 3 рабочих дней.**

**2.4.7. Оформить медицинское заключение о допуске спортсменов спортивной команды к участию в спортивном мероприятии в течении трех рабочих дней при его заполнении спортивной организацией в рамках своей компетенции (дата спортивного мероприятия, название: спортивной команды; спортивной организации; вид спорта/спортивная дисциплина; количество спортсменов; Ф.И.О. спортсмена, дата рождения) (Приложение №4).**

2.4.8. Осуществлять все возможные необходимые мероприятия для наиболее эффективного исполнения принятых обязательств.

**3. Стоимость услуг, порядок и сроки расчетов.**

3.1 Сторонами настоящего договора определены стоимость, порядок и сроки расчетов за предоставленные услуги:

- расчеты за оказанные услуги производятся «Заказчиком» согласно выставленному счету и акта выполненных работ в течение 10 рабочих дней;

- «Заказчик» производит оплату путем перечисления денежных средств на расчетный счет или через кассу «Исполнителя»;

- сумма договора определяется согласно Перечню (Приложение №3), Елецкий филиал с Приложением №5, являющегося неотъемлемой частью настоящего договора и Прейскуранту;

- при получении спортивной травмы в течение 6 месяцев после прохождения углубленного медицинского осмотра, спортсмен имеет право на бесплатную медицинскую помощь согласно Перечню (Приложение №3).

**4. Ответственность сторон**

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

**5. Срок действия договора, порядок изменения и расторжения**

5.1. Настоящий договор действует с «01» января 2023г. по «31» декабря 2023г.

5.2. Если ни одна из Сторон за тридцать дней до окончания действия договора не заявит о его расторжении, то действие настоящего договора пролонгируется на прежних условиях и на неопределенный срок.

5.3. Настоящий Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения и подписанному Исполнителем и Заказчиком.

5.4. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору с письменным уведомлением другой стороны не менее чем 5 рабочих дней.

**6. Прочие условия**

6.1. Все споры, возникающие между сторонами по настоящему договору, разрешаются в установленном законодательством РФ порядке с обязательным соблюдением досудебного разрешения спора.

6.2. При выдаче заключения о не допуске к занятиям спортом денежные средства за оказанные услуги не подлежат возврату.

 6.3. Изменения и дополнения к договору совершаются в письменной форме и подписываются сторонами.

6.4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон, имеющих одинаковую юридическую силу.

6.5. По вопросам, не нашедшим отражения в настоящем договоре, стороны руководствуются действующим законодательством.

**7. Адреса, платежные реквизиты и подписи Сторон:**

 **ИСПОЛНИТЕЛЬ ЗАКАЗЧИК**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Государственное учреждениездравоохранения «Областной врачебно-физкультурный диспансер»398059, г.Липецк, ул. М. И. Неделина, д. 9ИНН 4825006018 КПП 482401001ОГРН 1024840832114Банковские реквизиты:Управление финансов Липецкой области(ГУЗ «ОВФД» л/с 20007000130)БИК ТОФК 014206212Банк: Отделение Липецк Банка России//УФК по Липецкой областиг. ЛипецкЕдиный казначейский счет:40102810945370000039Казначейский счет:03224643420000004600КБК 00900000042000000131 доп.кл.2222Тел./факс +7(4742)24-06-82/ 24-06-88e-mail: ovfd@zdrav48.ru, ovfd48@mail.ru\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/И.В. Николаева/М.П. |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/М.П. |

*Приложение № 1*

*к договору с ГУЗ «ОВФД»*

*№ \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г.*

Наименование организации (на фирменном бланке организации)

Количество спортсменов, подлежащих диспансерному наблюдению

в ГУЗ «ОВФД» на 20\_\_\_ год

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид спорта | Ф.И.О. тренера  | Количество спортсменов (из них по разрядам): |
|  |  | МС, КМС | I-ый взрослый | остальные |
|  |  |  |  |  |
| **Итого спортсменов:** |  | **0** | **0** | **0** |

Руководитель организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Расшифровка подписи)

 Подпись

Печать организации

Дата

*Приложение №2*

*к договору с ГУЗ «ОВФД»*

*№ \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г.*

Наименование организации (на фирменном бланке организации)

Список спортсменов, подлежащих медицинскому осмотру в ГУЗ «ОВФД»

***Дата медицинского осмотра: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Время медицинского осмотра: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Ф.И.О. спортсмена (полностью)  | Дата рождения | Этап (год) спортивной подготовки | Разряд |
|  |  |  |  |  |

Руководитель организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Расшифровка подписи)

 Подпись

Тренер секции \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Расшифровка подписи)

 Подпись

Печать организации

Дата

Руководитель организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Расшифровка подписи)

 (подпись)

Тренер – преподаватель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Расшифровка подписи)

 (подпись)

Печать организации

Дата

*Приложение №3*

*к договору с ГУЗ «ОВФД»*

*№ \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г.*

|  |
| --- |
| **Перечень комплекса оказываемых услуг для лиц, получающих спортивную подготовку на начальном этапе.** *\*\*\** |
|
|
|  |  |  |  |
| **№ п/п** | **Перечень оказываемых услуг** | **Ед. изм.** | **Стоимость (руб.)** |
|
| 1 | Общий (клинический) анализ крови | 1 исслед. | 380 |
| 2 | Анализ мочи общий | 1 исслед. | 350 |
| 3 | Проведение электрокардиографического исследования | 2 сеанса | 1 000 |
| 4 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача по спортивной медицине  | 1 прием | 1 270 |
| 5 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра/врача-терапевта | 1 прием | 255 |
| 6 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога | 1 прием | 255 |
| 7 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-хирурга | 1 прием | 255 |
| 8 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога | 1 прием | 255 |
| 9 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога | 1 прием | 255 |
| **Итого:** |  | **4 275\*\*** |
| *Сумма со скидкой 50% \** | *2 138* |
|  |  |  |  |

**Перечень комплекса оказываемых услуг для лиц, получающих спортивную подготовку на этапе СМ и СВ.** *\*\*\**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Перечень оказываемых услуг** | **Ед. изм.** | **Стоимость (руб.)** |
| 1 | Общий (клинический) анализ крови | 1 исслед. | 380 |
| 2 | Биохимический анализ крови | 1 исслед. | 3 540 |
| 3 | Анализ мочи общий | 1 исслед. | 350 |
| 4 | Проведение электрокардиографического исследования | 2 сеанса | 1 000 |
| 5 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача по спортивной медицине  | 1 прием | 1 270 |
| 6 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра/врача-терапевта | 1 прием | 255 |
| 7 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога | 1 прием | 255 |
| 8 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-хирурга | 1 прием | 255 |
| 9 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога | 1 прием | 255 |
| 10 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога | 1 прием | 255 |
| 11 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-травматолога | 1 прием | 255 |
| 12 | Эхокардиография | 1 усл. ед. | 1 280 |
| 13 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога/врача детского кардиолога | 1 прием | 255 |
| 14 | Велоэргометрия | 1 услуга | 2 730 |
| 15 | Индивидуальное клинико-психологическое консультирование | 1 прием | 730 |
|  | **Итого:** |  | **13 065***\*\** |
|  | *Сумма со скидкой 50% \** |  | *6 533* |

|  |
| --- |
| ***\* При комплексном прохождении медицинской комиссии предоставляется скидка 50% детям до 18 лет и лицам с ограниченными возможностями здоровья.*** |
| ***\*\* При комплексном прохождении медицинской комиссии и внесении предоплаты не менее 50%, на оставшуюся сумму предоставляется скидка 50% спортсменами старше 18 лет******\*\*\* Медицинские услуги, необходимые для дополнительного обследования, оплачиваются по действующему прейскуранту ГУЗ «ОВФД»*** |

*Приложение №4*

*к договору с ГУЗ «ОВФД»*

*№ \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г.*

**Медицинское заключение о допуске спортсменов спортивной команды**

**к участию в спортивном мероприятии**

**Реестровый номер заключения** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\***Название спортивной команды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\***Спортивная организация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Вид спорта/спортивная дисциплина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\***Количество спортсменов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*№п/п** | **\*Фамилия****Имя****Отчество** | **\* Дата рождения** | **Реестровый номер спортсмена** | **Реестровый номер индивидуального медицинского заключения** | **Допущен/****Не допущен** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Ответственное лицо медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Подпись

Фамилия, инициалы

Печать организации

**\*Заполняет спортивная организация.**

**При получении спортивной травмы в течение 6 месяцев после прохождения углубленного медицинского осмотра, спортсмен имеет право на бесплатную медицинскую помощь согласно перечня:**

1. Консультация врачей (для постановки правильного диагноза и назначения курса лечения);
2. Индивидуальное занятие лечебной физкультурой (до 5 занятий) или групповое занятие лечебной физкультурой (до 10 занятий);
3. Массаж (до 25 усл. ед.);
4. Физиотерапевтическое лечение (до 10 процедур), кроме «Ударно-волновая терапия»;
5. Воздействие на точки акупунктуры другими физическими факторами «иглоукалывание» (до 5 услуг);
6. Роботизированная механотерапия (до 5 занятий);
7. Стабиллометрия (до 5 занятий).

*Приложение №5*

*к договору с ГУЗ «ОВФД»*

*№ \_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г.*

|  |
| --- |
| **Перечень комплекса оказываемых услуг в Елецком филиале для лиц, получающих спортивную подготовку .\*\*\*** |
|
|
|  |  |  |  |
| **№ п/п** | **Перечень оказываемых услуг** | **Ед. изм.** | **Стоимость (руб.)** |
|
| 3 | Проведение электрокардиографического исследования | 2 сеанса | 1 000 |
| 4 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача по спортивной медицине  | 1 прием | 1 270 |
| 5 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра/врача-терапевта | 1 прием | 255 |
| 6 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога | 1 прием | 255 |
| 9 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога | 1 прием | 255 |
| **Итого:** |  | **3 035\*\*** |
| *Сумма со скидкой 50% \** | *1 518* |

|  |
| --- |
| ***\* При комплексном прохождении медицинской комиссии предоставляется скидка 50% детям до 18 лет и лицам с ограниченными возможностями здоровья.*** |
| ***\*\* При комплексном прохождении медицинской комиссии и внесении предоплаты не менее 50%, на оставшуюся сумму предоставляется скидка 50% спортсменами старше 18 лет******\*\*\* Медицинские услуги, необходимые для дополнительного обследования, оплачиваются по действующему прейскуранту ГУЗ «ОВФД»*** |