**ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_\_**

**на медицинское обслуживание**

г. Липецк «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_ год

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Заказчик»**, в лице руководителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.), действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с одной стороны, и Государственное учреждение здравоохранения «Областной врачебно-физкультурный диспансер» (ГУЗ «ОВФД»), именуемый в дальнейшем **«Исполнитель»** в лице главного врача Николаевой И.В., 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.**

По настоящему договору, в целях создания благоприятных условий для ведения учебно-тренировочного процесса, а также в целях снижения и предупреждения заболеваемости среди обучающихся, Диспансер обязуется предоставить медицинскую помощь специалистов в соответствии с объемом обследования, предусмотренным в Приказе МЗ РФ № 1144н от 23.10.2020г. «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 физкультурных и спортивных мероприятиях».

**2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.**

**2.1 «Заказчик» обязуется:**

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

**2.1.2.** 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.***

**2.1.3.** ***Направлять в диспансер на первичный углубленный медицинский осмотр обучающихся, начиная с тренировочного этапа (этап спортивной специализации) спортивной подготовки.***

**2.1.4.** Представлять подтверждение явки на осмотр за 3 дня; в случае неявки – помощь оказывается в плановом порядке в рамках территориальной программы бесплатного оказания медицинской помощи в течение 10 рабочих дней.

**2.1.5.** 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.

**2.1.6.** Обеспечивать явку учащихся на медицинские осмотры по предварительной записи.

**2.1.7.** Обеспечивать присутствие тренера в диспансере при проведении медицинского осмотра учащихся.

**2.1.8.** Соблюдать правила прохождения медицинского осмотра.

**2.1.9.** Доводить до сведения родителей (законных представителей), результаты медицинского обследования (допуск-не допуск).

**2.1.10.** Оказывать содействие работникам диспансера при выполнении принятых им обязательств.

**2.1.11.** Предоставлять врачу-куратору диспансера по виду спорта (не менее 2 раз в год) журналы секций для контроля оформления медицинского допуска учащихся к занятиям спортом.

**2.2. «Исполнитель» обязуется:**

**2.2.1.** Осуществлять необходимое медицинское обслуживание обучающихся в соответствии с Приказом МЗ РФ № 1144н от 23.10.2020г. «Об утверждении порядке 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 физкультурных и спортивных мероприятиях».

**2.2.2.** Предоставлять медицинскую помощь в соответствии со сроками, предусмотренными территориальной программой бесплатного оказания медицинской помощи.

**2.2.3.** Предоставлять информацию о результатах проведенного осмотра родителю (законному представителю), тренеру при наличии письменного согласия родителя (законного представителя).

**2.2.4.** Информировать администрацию и тренера об учащихся, не прошедших углубленных медицинский осмотр (УМО), **а также о лицах, не допущенных по результатам медицинского осмотра к занятиям спортом в течении 10 рабочих дней после прохождения УМО.**

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

**2.2.6.** **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 №3).**

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

**3. ПРАВА СТОРОН.**

**3.1. «Заказчик» имеет право:**

**3.1.1.** На получение медицинской помощи в соответствии с государственной территориальной программой оказания медицинских услуг, при соблюдении сроков диспансеризации по видам спорта.

**3.2. «Исполнитель» имеет право:**

**3.2.1.** На оказание медицинской помощи в соответствии с требованиями государственной территориальной программой оказания медицинских услуг.

**3.2.2.** На контроль (не менее 2 раз в год) за своевременностью и полнотой медицинского обследования учащихся, оформлением медицинского допуска учащихся к занятиям спортом.

**4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.**

За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору Стороны несут ответственность в установленном законодательством порядке.

**5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.**

**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 договора не заявит о его расторжении, то его действие пролонгируется на прежних условиях и на неопределенный срок.

**6.ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.**

**6.1.** Все споры, возникающие между Сторонами по настоящему договору, разрешаются в установленном законодательном порядке.

**6.2.** Изменения и дополнения к договору совершаются в письменной форме и подписываются Сторонами.

**6.3.** Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон, имеющих одинаковую юридическую силу.

6.4. По вопросам, не нашедшим отражения в договоре, Стороны руководствуются действующим законодательством.

**7. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

**ИСПОЛНИТЕЛЬ ЗАКАЗЧИК**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Государственное учреждение******здравоохранения «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 области г. ЛипецкЕдиный казначейский счет:40102810945370000039Казначейский счет:03224643420000004600КБК 00900000042000000131 доп.кл.2222Тел./факс +7(4742)24-06-82/ 24-06-88e-mail: ovfd48@mail.ru, ovfd48@mail.ru\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/И.В. Николаева/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

*Приложение №3*

*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.**