**Информация для заключения Контракта с юридическими лицами**

**Государственное учреждение здравоохранения «Тульская областная клиническая психиатрическая больница им. Н.П. Каменева»**

**(ГУЗ «ТОКПБ №1 им. Н.П. Каменева»)**

 **Главный врач - Лосев Лев Викторович**

Для заключения контракта на оказание платных медицинских услуг Заказчику следует подготовить информацию, как пояснительную записку или письмо на фирменном бланке организации (учреждения) по следующей форме:

1. Полное наименование организации с указанием организационно-правовой формы;
2. Руководитель (должность и ФИО) - полностью;
3. Реквизиты организации;
4. Наименование документа, на основании которого действует руководитель, заключая договор (устав, доверенность, др.);
5. Какую именно медицинскую услугу необходимо оказать:

- проведение осмотра врачом-психиатром работников при прохождении обязательных медицинских осмотров (предварительный и периодический) согласно приказа Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 г. № 302н;

- психиатрическое освидетельствование в соответствии с постановлением Правительства РФ от 23.09.2002 г. №695;

- проведение осмотра врачом-психиатром граждан, поступающих на государственную и гражданскую службу, или ее проходящие, согласно приказа Минздравсоцразвития России от 14.12.2009 г. №984-н;

- медицинская услуга – электроэнцефалография.

Пояснительную записку необходимо отправить (в текстовом редакторе Word) на электронный адрес: plan-kameneva@yandex.ru

Проверить получение информации Вы можете по номеру телефона: 8 (4872) 72-18-39 начальник планового отдела Холина Наталья Николаевна.

После получения пояснительный записки, на Ваш адрес электронной почты будет отправлен необходимый контракт и пакет документов в зависимости от вида медицинской услуги.

**ОБРАЩАЕМ ВАШЕ ВНИМАНИЕ!**

Сотрудники Заказчика, имеющим регистрацию в других областях РФ (ни в Туле и ни в Тульской области), которым будет оказываться медицинская услуга, обязаны предоставить справку об отсутствии диспансерного наблюдения и фактов обращения за помощью к врачу-психиатру с места его регистрации.

Для предоставления медицинской услуги: психиатрическое освидетельствование в соответствии с постановлением Правительства РФ от 23.09.2002 г. №695, сотрудникам Заказчика необходимо иметь: **паспорт гражданина РФ, результаты обследования (электроэнцефалография), для мужчин – военный билет с расшифровкой, а сотрудники из других областей – справку об отсутствии диспансерного наблюдения и фактов обращения за помощью к врачу-психиатру с места регистрации.**

**Информация по работе с Контрактом на оказание медицинской услуги**

Текст Контракта не изменяется!!!

В Контракт вносятся данные о:

- количестве работников Заказчика, которым будет оказана медицинская услуга;

- полной стоимости Контракта,

- размеры штрафов,

- сроке действия Контракта,

- юридические реквизиты Заказчика.

Если какой-либо пункт Контракта не заполняется ставится знак « - » (прочерк).

Все предложения Заказчика о внесении изменений в текст Контракта оформляется в виде Протокола разногласий. Дата протокола разногласий и дата Контракта должны быть идентичны.

Если общее количество сотрудников Заказчика, подлежащих оказанию медицинской услуги, не известно, то в протоколе разногласий указывается информация об исключении этих пунктов в Контракте, а также других взаимосвязанных с ним пунктов Контракта.

После оформления Контракта и протокола разногласий (в текстовом редакторе Word), их необходимо направить на согласование на электронный адрес: plan-kameneva@yandex.ru

Проверить получение информации Вы можете по номеру телефона: 8 (4872) 72-18-39 начальник планового отдела Холина Наталья Николаевна.

**Всю необходимую информацию о договорах Вы можете узнать по телефону регистратуры:** в Новомосковском филиале - 8-487-62-6-14-87

 в Алексинском филиале – 8-487-53-4-10-51

 в Узловском филиале – 8-487-31-7-82-31

 в Диспансере (Тула, ул. Осташева, 18) – 8 (4872) 42-59-30

 в Диспансерном отделении (Тула, ул. Демидовская, 50) – 8 (4872) 34-41-79

**Акты выполненных услуг: 8-(4872)-72-18-54-Елена Валерьевна – зам. гл. бухгалтера**

**ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ**

**НАПРАВЛЕНИЕ**

**на медицинский осмотр врачом-психиатром № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Наименование работодателя:

Код по ОКВЭД:

Адрес организации:

Наименование медицинской организации:

Адрес медицинской организации:

Код по ОГРН

Вид медицинского осмотра (предварительный/периодический)

 (нужное подчеркнуть)

Направляется \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя отчество)

Пол \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_ Дата рождения

Наименование структурного подразделения:

Профессия, должность:

Стаж работы:

Вредные и (или) опасные производственные факторы и работы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование вредного и (или) опасного производственного фактора или вида работ в соответствии с утвержденным контингентом работников** | **№ фактора по Приказу Минздравсоцразвития** **№302н от 12.04.2011 г.** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6. |  |  |

По результатам психиатрического освидетельствования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, инициалы)

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

решение комиссии о его (ее) годности (негодности) к выполнению поручаемой

работы прошу выдать на руки обследуемому.

Представитель работодателя:

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

 подпись ФИО должность

МП

**НАПРАВЛЕНИЕ**

**на обязательное психиатрическое освидетельствование № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Наименование работодателя:

Код по ОКВЭД

Адрес организации:

Наименование медицинской организации:

Адрес медицинской организации:

Код по ОГРН

Направляется \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя отчество)

Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения

Наименование структурного подразделения:

Профессия, должность:

Стаж работы:

Вредные и (или) опасные производственные факторы и работы:

|  |  |
| --- | --- |
| **№** | **Наименование вредного и (или) опасного производственного фактора или вида работ в соответствии с утвержденным контингентом работников (согласно постановления Правительства №377 28.04.1993г.)** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6. |  |

По результатам психиатрического освидетельствования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, инициалы)

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

решение комиссии о его (ее) годности/негодности (постоянно/временно) к выполнению поручаемой работы прошу выдать на руки обследуемому.

Представитель работодателя:

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

 подпись ФИО должность

МП

****