

Извещение о закупке у Единственного поставщика (подрядчика)

№ 45

20 октября 2016 г.

1. Способ закупки – закупка у Единственного поставщика, Договор с государственным бюджетным учреждением здравоохранения Ставропольского края «Ставропольской краевой клинической специализированной психиатрической больницей № 1»

2. Наименование, место нахождения, почтовый адрес, адрес электронной почты, номер контактного телефона Заказчика: Акционерное общество «Невинномысская электросетевая компания», 357100 Ставропольский край, г. Невинномысск, ул. Гагарина д. 50-а; e-mail: info@nevesk.ru; (86554)3-01-40.

3. Предмет Договора с указанием количества поставляемого товара, объема выполняемых работ, оказываемых услуг:

Оказание медицинских услуг по проведению обязательного психиатрического освидетельствования комиссией врачей-психиатров лиц, направляемых Заказчиком.

4. Место поставки товара, выполнения работ, оказания услуг:

Место оказания услуг: г. Невинномысск

5. Сведения о начальной (максимальной) цене Договора (цене лота):

169 653,92 руб. без учета НДС

169 959,00 руб. с учетом НДС. (НДС начисляется только на дополнительную услугу – выезд на предприятие для обследования: 1 694.92р. плюс НДС – 305,08)

6. Срок, место и порядок предоставления Документации о закупке, размер, порядок и сроки внесения платы, взимаемой Заказчиком за предоставление Документации, если такая плата установлена Заказчиком, за исключением случаев предоставления Документации в форме электронного документа: Документация о закупке предоставляется вместе с данным извещением.

7. Место и дата рассмотрения предложений Участников закупки и подведения итогов закупки: предложения Участников закупки не рассматриваются, итоги закупки не подводятся.

8. Обоснование способа закупки: в соответствии с подпунктом «б» пункта 4.9. «Положения о порядке проведения закупок товаров, работ, услуг в ОАО «НЭСК», утв. Советом директоров 28.01.2015 г.

Документация о закупке у Единственного поставщика

1. Установленные Заказчиком требования к качеству, техническим характеристикам товара, работы, услуги, к их безопасности, к функциональным характеристикам (потребительским свойствам) товара, к размерам, упаковке, отгрузке товара, к результатам работы и иные требования, связанные с определением соответствия поставляемого товара, выполняемой работы, оказываемой услуги потребностям Заказчика:

1.1. Освидетельствование работников «Заказчика» должно проводиться врачебной комиссией, создаваемой органом управления здравоохранением (далее именуется - комиссия).

1.2. Освидетельствование должно работника проводится на добровольной основе с учетом норм, установленных Законом Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

1.3. «Исполнитель» обязуется определить виды и объемы необходимых исследований с учетом специфики вида деятельности на основании действующих нормативно-правовых актов. Оказать услуги качественно, в соответствии с требованиями юридических, профессиональных и морально-этических норм, по общепринятым в медицинской практике методикам.

1.4. «Исполнитель» обязан предоставить в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, в т. ч. сведения:

- о порядках оказания и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

- информацию о конкретном медицинском работнике (его профессиональном образовании и квалификации), предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу;

- информацию о методах и возможных видах медицинского вмешательства, связанных с ними рисках, последствиях и ожидаемых результатах;

- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

1.5. «Исполнитель» обязуется в случае если при проведении психиатрического освидетельствования возникают подозрения на наличие у лица заболевания, препятствующего работе по профессии, или занятию определенным видом деятельности, информировать его об этом в письменном виде.

1.6. Соблюдать правила медицинской этики, врачебную тайну, конфиденциальность информации о здоровье Заказчика/потребителя и о его персональных данных.

Конфиденциальной по настоящему договору признается информация:

- о результатах осмотра/освидетельствования;
- диагноз потребителя услуг;

сведения личного характера о потребителях услуг и персональные данные.

1.7. Психиатрическое освидетельствование должно проводиться в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 23.09.2002 № 695 «О прохождении обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающими в условиях повышенной опасности».

1.8. При формировании в настоящей Документации о закупке требований к качеству, техническим характеристикам работы, услуги, к их безопасности, к результатам работы, связанных с определением соответствия выполняемой работы, оказываемой услуги потребностям

Заказчика не использовались показатели, предусмотренные техническими регламентами в соответствии с законодательством Российской Федерации о техническом регулировании и национальной системой стандартизации, так как данные документы в отношении предмета закупки отсутствуют.

2. Требования к содержанию, форме, оформлению и составу Заявки на участие в закупке: не установлены.

3. Требования к описанию Участниками закупки поставляемого товара, который является предметом закупки, его функциональных характеристик (потребительских свойств), его количественных и качественных характеристик, требования к описанию Участниками закупки выполняемой работы, оказываемой услуги, которые являются предметом закупки, их количественных и качественных характеристик: не установлены;

4. Место, условия и сроки (периоды) поставки товара, выполнения работы, оказания услуги:

4.1. Место оказания услуг: г. Невинномысск

4.2. Ежемесячно, не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным, «Исполнитель» обязан предоставлять Заказчику:

- счет за оказанные услуги;
- реестр лиц, получивших услуги;
- акт сдачи-приемки оказанных услуг.

4.3. Период оказания услуг: начало - с даты подписания договора; окончание – 31.12.2016 г.

5. Сведения о начальной (максимальной) цене Договора (цене лота):

169 653,92 руб. без учета НДС

169 959,00 руб. с учетом НДС.(НДС снимается только с доплаты за дополнительную услугу – выезд на предприятие для обследования -2 000р.)

6. Форма, сроки и порядок оплаты товара, работы, услуги:

6.1. Расчет производится Исполнителем в течение 10 банковских дней после предоставления документов, указанных в п. 2.2.5 договора.

6.2. Расчет производится в безналичной форме, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

6.3. В случае изменения стоимости услуг в период действия договора, Исполнитель уведомляет Заказчика в течение 5 календарных дней с даты утверждения нового Прейскуранта.

7. Порядок формирования цены Договора (цены лота) (с учетом или без учета расходов на перевозку, страхование, уплату таможенных пошлин, налогов и других обязательных платежей): Цена Товара включает все установленные законодательством налоги, сборы, таможенные пошлины.

8. Порядок, место, дата начала и дата окончания срока подачи Заявок на участие в закупке: не установлены.

9. Требования к Участникам закупки и перечень документов, предоставляемых Участниками закупки для подтверждения их соответствия установленным требованиям: не установлены.

10. Форма, порядок, дата начала и дата окончания срока предоставления Участниками закупки разъяснений положений Документации о закупке: запросы на разъяснение положений Документации не принимаются, разъяснения не предоставляются.

11. Место и дата рассмотрения предложений Участников закупки и подведения итогов закупки: предложения Участников закупки не рассматриваются, итоги закупки не подводятся.

12. Критерии оценки и сопоставления Заявок на участие в закупке: не установлены.

13. Порядок оценки и сопоставления Заявок на участие в закупке: не установлен.

-ПРОЕКТ ДОГОВОРА
о возмездном предоставлении медицинских услуг

г. Ставрополь

«___» октября 2016 г.

Акционерное Общество «Невинномысская электросетевая компания», в лице генерального директора Евгения Васильевича Шинкарева, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Заказчик» с одной стороны, и

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Ставропольская краевая клиническая специализированная психиатрическая больница № 1», лицензия № ЛО-26-01-003636 от «01» июля 2016 г., выдана Комитетом Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию, бессрочно, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Олега Игоревича Боева, действующего на основании Устава учреждения, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется по поручению Заказчика оказать медицинские услуги по проведению обязательного психиатрического освидетельствования комиссией врачей-психиатров лиц, направляемых Заказчиком (далее по тексту – потребитель услуг, направляемое лицо), а Заказчик обязуется оплачивать оказанные услуги в размере, порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

1.2. Психиатрическое освидетельствование проводится в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 23.09.2002 № 695 «О прохождении обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающими в условиях повышенной опасности».

1.3. Результатом оказания услуг является выдача лицам, направленным на психиатрическое освидетельствование заключения комиссии врачей психиатров.

2. Обязанности сторон

2.1. Заказчик обязуется:

2.1.1. Для прохождения обязательного психиатрического освидетельствования выдать направляемым лицам, направления на освидетельствование (по форме согласно приложению № 1 к настоящему договору). Оказывать содействие Исполнителю в надлежащем исполнении им обязательств по договору, в т. ч. обеспечить явку потребителя услуг в назначенное время, рекомендаций Исполнителя (медицинского работника предоставляющего услугу). Несоблюдение указанных в настоящем пункте условий может снизить качество услуг или повлечь за собой невозможность завершения услуг в срок.

2.1.2. Выдать направляемым лицам заполненное надлежащим образом направление, бланк согласия на медицинское вмешательство и обработку персональных данных Исполнителем (приложения № 1, № 2 и № 3 к настоящему договору), а также предупредить направляемых лиц о необходимости предъявления паспорта гражданина РФ, и военного билета лицам мужского пола при проведении освидетельствования.

Довести до сведения направляемых лиц информацию о необходимости выполнять требования врачей, врачебной комиссии.

2.1.3. Предоставлять потребованию Исполнителя информацию, необходимую для исполнения обязательств по настоящему у договору.

2.1.4. Рассматривать и подписывать акты сдачи-приемки оказанных услуг с указанием стоимости фактически оказанных услуг за отчетный период в течение 2-х рабочих дней с момента его получения от Исполнителя.

2.1.5. Своевременно оплачивать услуги Исполнителя согласно выставленному счету и прейскуранту Исполнителя в соответствии с условиями п. 3.2 настоящего договора.

2.2. Исполнитель обязуется:

2.2.1. Определить виды и объемы необходимых исследований с учетом специфики вида деятельности на основании действующих нормативно-правовых актов. Оказать услуги качественно, в соответствии с требованиями юридических, профессиональных и морально-этических норм, по общепринятым в медицинской практике методикам.

2.2.2. Оказывать услуги лицам только при наличии у них направления Заказчика. По требованию Заказчика – Исполнитель обязан предоставить в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, в т. ч. сведения:

- о порядках оказания и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;
- информацию о конкретном медицинском работнике (его профессиональном образовании и квалификации), предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу;
- информацию о методах и возможных видах медицинского вмешательства, связанных с ними рисках, последствиях и ожидаемых результатах;
- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

2.2.3. В случае если при проведении психиатрического освидетельствования возникают подозрения на наличие у лица заболевания, препятствующего работе по профессии, или занятию определенным видом деятельности, информировать его об этом в письменном виде.

2.2.4. Соблюдать правила медицинской этики, врачебную тайну, конфиденциальность информации о здоровье Заказчика/потребителя и о его персональных данных.

Конфиденциальной по настоящему договору признается информация:

- о результатах осмотра/освидетельствования;
- диагноз потребителя услуг;
- сведения личного характера о потребителях услуг и персональные данные.

2.2.5. Ежемесячно, не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным, предоставлять Заказчику:

- счет за оказанные услуги;
- реестр лиц, получивших услуги;
- акт сдачи-приемки оказанных услуг.

2.2.6. Период оказания услуг: начало - с даты подписания договора; окончание – 31.12.2016 г.

3. Цена договора и порядок расчетов

3.1. Оплата по настоящему договору осуществляется согласно прейскуранту, действующему на момент оказания услуг, исходя из объема фактически оказанных услуг.

3.2. Заказчик производит расчет с Исполнителем в течение 10 банковских дней после предоставления документов, указанных в п. 2.2.5 настоящего договора. Расчет производится в безналичной форме, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.3. В случае изменения стоимости услуг в период действия договора, Исполнитель уведомляет Заказчика в течение 5 календарных дней с даты утверждения нового Прейскуранта.

3.4. Медицинские услуги в рамках настоящего Договора не подлежат обложению налогом на добавленную стоимость согласно п.п. 2 п. 2 ст.149 Налогового кодекса РФ.

| № п/п | Код усл. | Наименование услуги | Ед. изм. | Кол - во | Цена за ед./руб. | Цена за ед./руб с НДС | Сумма /руб. |
|-------|----------|--|----------|----------|------------------|-----------------------|-------------|
| 1 | ГН 4 | <p>Обязательное психиатрическое освидетельствование комиссией врачей-психиатров</p> <p>Примечание:</p> <p>1. Потребители услуги: граждане проходящие освидетельствование по направлению работодателя в рамках прохождения обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источником повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающих в условиях повышенной опасности. (Постановление Правительства Российской Федерации от 23 сентября 2002 г. № 695).</p> <p>2. Условия предоставления услуги: услуга предоставляется лицам, имеющим постоянную регистрацию в г.Ставрополе и в г. Невинномысске более года или имеющих на руках информацию о фактах обращения за медицинской помощью к врачу-психиатру, установлении диспансерного наблюдения по месту постоянной регистрации гражданина и при наличии данных обязательных дополнительных исследований.</p> <p>3. Обязательные дополнительные исследования:</p> <p>3.1.ЭЭГ;</p> <p>3.2.Экспериментальное психологическое исследование (в</p> | Освидет. | 73 | 1201,00 | - | 87 673,00 |

| | | | | | | | |
|--|-------|--|---------|----|---------|---------|-----------|
| | | зависимости от вида деятельности). | | | | | |
| 2 | Ж 41 | Электроэнцефалография-скрининг | Исслед. | 73 | 630,00 | - | 45 990,00 |
| 3 | Ж 1 | Электрокардиограмма в покое (регистрация, расшифровка, описание и интерпретация) | Исслед. | 73 | 252,00 | - | 18 396,00 |
| 4 | ГН 8 | Сбор объективного анамнеза в психиатрии Примечание: Потребители услуги: граждане, не имеющие постоянной регистрации в г. Ставрополе, Невинномысске или имеющие постоянную регистрацию в г. Ставрополе, г. Невинномысске менее года, а также другие граждане, желающие получить данную услугу. | Запрос | 6 | 300,00 | - | 1 800,00 |
| 5 | СН 56 | Экспериментальное-психологическое исследование | Исслед. | 30 | 470,00 | - | 14 100,00 |
| 6 | ЧН 4 | Выезд врача на дом/организацию Примечание: Потребители услуги: граждане, не имеющие показания к обслуживанию на дому и желающие пройти (осмотр, консультацию) врача-психиатра или освидетельствование врачом-психиатром на дому. 1. Граждане, имеющие показания к обслуживанию на дому в плановом порядке и желающие получить услугу с уменьшением сроков ожидания. 2. Организации, желающие провести профилактический прием (осмотр, консультация) врача-психиатра / психиатрическое освидетельствование врачом-психиатром. | Услуга | 1 | 1694,92 | 2000,00 | 2 000,00 |
| Итого общая сумма договора: 169 959,00 рублей, в том числе НДС 18 % - 305,08 руб. | | | | | | | |

4. Ответственность сторон

4.1. За невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель несет ответственность:

4.2.1. за качество оказываемых услуг;

4.2.2. за недостоверное предоставление информации.

4.3. Заказчик несет ответственность:

4.3.1. за недостоверное предоставление информации;

4.3.2. за несвоевременную оплату услуг, в случае, если задержка оплаты произошла по его вине.

4.3.3. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении условий настоящего договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия потребителя услуг (за исключением случаев, установленных законом).

5. Порядок изменения и расторжения договора

5.1. Расторжение договора в одностороннем порядке допускается только в случаях, предусмотренных действующим законодательством. В таких случаях уведомления стороны передают не позднее, чем за 15 календарных дней до даты расторжения.

5.2. Споры, которые могут возникнуть между сторонами при исполнении условий настоящего договора, стороны будут стремиться разрешать путем проведения переговоров.

5.3. По всем вопросам, неурегулированным настоящим договором, но прямо или косвенно вытекающим из отношений сторон по нему, стороны будут руководствоваться действующим законодательством Российской Федерации.

5.4. В случае невозможности разрешения разногласий путем переговоров они подлежат рассмотрению в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации в Арбитражном Суде Ставропольского края.

6. Срок действия договора

6.1. Настоящий договор действует с даты подписания обеими сторонами по 31.12.2016 г., а в части взаиморасчетов – до полного исполнения обязательств.

7. Дополнительные условия

7.1. В случае изменения наименования, местонахождения, банковских реквизитов и других данных каждая из сторон обязана в 10-дневный срок в письменной форме сообщить другой стороне о произошедших изменениях.

7.2. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, и хранится по одному экземпляру у каждой из сторон.

Экземпляры договора и иные документы, переданные посредством факсимильной связи или по электронной почте, имеют одинаковую юридическую силу с оригиналом, при условии последующего предоставления и подписания оригиналов.

8. Юридические адреса и реквизиты сторон:

«Заказчик»

«Исполнитель»

АО «НЭСК»

ГБУЗ СК «СККСПБ № 1»

Подписи сторон:

Генеральный директор

Главный врач

_____/Е.В. Шинкарев/
МП

_____/О.И. Боев/
МП

Реквизиты организации,
направляющей на обязательное
психиатрическое освидетельствование

НАПРАВЛЕНИЕ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ
ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Место работы _____

Адрес регистрации: _____

в соответствии со ст. 213 Трудового кодекса Российской Федерации направляется на обязательное психиатрическое освидетельствование с целью определения соответствия состояния здоровья поручаемой ему (ей) работе в должности

_____ (указать виды профессиональной деятельности, связанной с влиянием вредных веществ

_____ и неблагоприятных производственных факторов и/или виды профессиональной

_____ деятельности в условиях повышенной опасности в соответствии

_____ с Постановлением Правительства РФ от 28.04.1993 N 377)

Сообщение о дате принятия решения комиссией и дате выдачи его работнику прошу (нужное подчеркнуть):

1. направить по электронной почте _____

2. выдать на руки работнику _____

3. направить другим способом _____

_____ (должностное лицо)
инициалы)

_____ (подпись)

_____ (фамилия,

«__» _____ 20__ г.

М.П.

Направление получил:

_____ (Ф.И.О. и роспись лица, направляемого на осмотр)

Бланк согласия на медицинское вмешательство

**Согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____,
(Ф.И.О.)

дата рождения «___» _____ г., проживающий (ая): _____

в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и статей 4, 23 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» даю согласие на освидетельствование/освидетельствование несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет /освидетельствование недееспособного, не способного по своему состоянию дать согласие на психиатрическое освидетельствование (нужное подчеркнуть) врачом-психиатром _____

проведение дополнительных методов исследования: _____

Данные медицинского вмешательства и заключение о состоянии психического здоровья обследуемого фиксируются в медицинской документации, в которой указываются также причины обращения к врачу-психиатру и медицинские рекомендации.

Я осведомлен(а), что в соответствии со ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных законодательством. С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам.

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента/представителя)

даю согласие на предоставление сведений обо мне, составляющих врачебную тайну,

_____ (Ф.И.О доверенного лица/наименование работодателя)

Я уведомлен, что предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается в случаях, установленных ст.13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

_____ 20__ г. _____

Дата

Подпись

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся _____
фамилия, имя, отчество

_____,
проживающий по адресу _____,
адрес по месту регистрации

паспорт _____, выдан _____
серия, номер кем и когда
выдан

_____,
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая специализированная психиатрическая больница № 1» (далее – Оператор), расположенному по адресу: 357111, г. Невинномысск, ул. Подгорного, 24, моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, место жительства, реквизиты полиса медицинского страхования, контактный(е) телефон(ы), место работы, профессию, должность, характеристики, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за психиатрической помощью – **в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг** при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим уполномоченным должностным лицам в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

Контактный (е) телефон (ы): _____
и почтовый адрес проживания: _____

«__» _____ 20__ г. _____
Дата ФИО,
подпись