Приложение № 12 к Приказу директора

ФГБУЗ ММЦ им. Н.И. Пирогова ФМБА России

от «30» декабря 2021 года № 01-241

**ДОГОВОР № \_\_-2\_\_ ОМС**

**на медицинское обслуживание по**

**обязательному медицинскому страхованию и индивидуальное обслуживание работников организации по договору**

г. Мурманск «\_\_\_» \_\_\_\_ 202\_\_ г.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** именуемое в дальнейшем ***«Заказчик»***, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны, и **Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Мурманский многопрофильный центр имени Н.И. Пирогова Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУЗ ММЦ им. Н.И. Пирогова ФМБА России),** именуемое в дальнейшем «Исполнитель» (лицензия от 03.09.2020 № ФС-51-01-001071, выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения), в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны, именуемые далее «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. ***Заказчик*** поручает, а ***Исполнитель*** на основании настоящего Договора оказывает бесплатную лечебно-диагностическую медицинскую помощь работникам ***Заказчика*** (контингенту*)*по амбулаторно-поликлиническому принципуна базе поликлиники ФГБУЗ ММЦ им. Н.И. Пирогова ФМБА России (по адресу: ул. Володарского, 2/12) в соответствии с Территориальной Программой государственных гарантий оказания населению Мурманской области бесплатной медицинской помощи, в рамках базовой Программы Обязательного Медицинского Страхования, а также осуществляет индивидуальное обслуживание работников ***Заказчика*** по договору (далее также - немедицинские услуги). ***Заказчик*** обязуется оплатить немедицинские услуги в порядке и сроки, установленные настоящим договором.

1.2. Общая численность контингента на момент заключения договора составляет **\_\_\_\_** человек.

Предельная численность лиц, подлежащих страхованию по настоящему договору, согласовывается сторонами.

1.3. Оказание высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи не является предметом настоящего Договора.

**2. Обязанности Сторон**

2.1. ***Исполнитель:***

2.1.1. Обеспечивает своевременное и качественное оказание медицинской помощи работникам ***Заказчика*** (контингенту), внесенным в список работников согласно Приложению № 1, являющемуся неотъемлемой частью настоящего договора.

2.1.2. Гарантирует оказание лечебно-профилактической медицинской помощи врачами-специалистами и подготовленным медицинским персоналом.

2.1.3. Выдает работникам ***Заказчика*** (контингенту) медицинские заключения на основании полученных при обследованиях данных.

2.1.4. Выдает работникам ***Заказчика*** (контингенту), в случае необходимости, листок нетрудоспособности и (или) выписную справку.

2.1.5. Предоставляет ***Заказчику*** список лиц, уполномоченных на проведение необходимых в порядке оказания медицинской помощи согласований, с указанием контактных телефонов (Приложение № 2).

2.1.6 Ведет разъяснительные работы и мотивирует граждан к прохождению диспансеризации определенных групп взрослого населения.

2.1.7. Осуществляет индивидуальное обслуживание работников ***Заказчика*** по договору (немедицинские услуги):

- ведение документооборота по вопросам сервисного обслуживания работников ***Заказчика***;

- индивидуальное обслуживание работников ***Заказчика*** в поликлинике (выделенный номер телефона для записи на приемы к врачам-специалистам, решение вопросов по медицинскому обслуживанию).

2.2. ***Заказчик:***

2.2.1. Предоставляет ***Исполнителю*** список работников с указанием данных, содержащихся в Приложении № 1, при заключении Договора.

2.2.2. Обо всех изменениях численности работников, выбравших для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях ***Исполнителя***, об изменении представленных ранее сведений, в период действия настоящего договора, ***Заказчик*** извещает ***Исполнителя*** в течение 15 календарных дней.

При приеме на работу новых работников изменения предоставляются ***Заказчиком*** по форме Приложения № 1, при увольнении – Приложения № 4. На основании представленных Заказчиком сведений Сторонами заключается дополнительное соглашение к настоящему договору.

2.2.3. Осуществляет передачу всех списков ***обязательно*** ***на магнитном*** и бумажном носителе в алфавитном порядке.

2.2.4. Предоставляет ***Исполнителю*** список лиц, уполномоченных на проведение необходимых в порядке оказания медицинской помощи согласований с указанием контактных телефонов, согласно Приложению № 3, являющемуся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.2.5. В случае проживания работников ***Заказчика*** за пределами г. Мурманска, **Исполнитель** оставляет за собой право на оказание таким работникам медицинской помощи с ограничением – без оказания амбулаторно-поликлинической помощи на дому, о чем работник должен быть уведомлен **Заказчиком** под роспись.

2.2.6. Информирует своих работников, что при увольнении такой работник для получения амбулаторно-поликлинической помощи в авто-режиме получает код прикрепления к лечебно-профилактическому учреждению по месту жительства.

2.2.7. Информирует своих работников, находящихся на медицинском обслуживании в ММЦ, о диспансеризации взрослого населения, ее целях и задачах.

2.2.8. Оплачивает немедицинские услуги, предоставляемые ***Исполнителем***, в соответствии с условиями настоящего договора.

**3. Стоимость услуг и порядок расчетов**

3.1. Работники ***Заказчика*** (контингент)оплачивают ***Исполнителю*** медицинскую помощь, сверх Территориальной Программы государственных гарантий оказания населению Мурманской области бесплатной медицинской помощи в соответствии с Прейскурантом цен на медицинские услуги, оказываемые в ФГБУЗ ММЦ им Н.И. Пирогова ФМБА России.

3.2. Стоимость индивидуального обслуживания работников ***Заказчика*** по договору на один год с 1 человека составляет 4 000 (Четыре тысячи) рублей 00 копеек, в том числе НДС 20 %, что составляет 666 (Шестьсот шестьдесят шесть) рублей 67 копеек.

3.3. Общая цена договора определяется по формуле: количество работников ***Заказчика*** умноженное на стоимость индивидуального обслуживания работников ***Заказчика*** по договору на один год с 1 человека и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей \_\_\_ копеек, в том числе НДС 20 %, что составляет \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей \_\_ копеек.

3.4. Расчеты по настоящему договору осуществляются с условием оплаты ***Заказчиком*** аванса в размере 100 % (сто процентов) от стоимости немедицинских услуг ***Исполнителя*** (цена договора) путем перечисления денежных средств на счет ***Исполнителя***, указанный в разделе 10 настоящего договора.

3.5. ***Заказчик*** считается выполнившим свои обязательства по оплате немедицинских услуг при поступлении соответствующего размера денежных средств (цены договора) на счет ***Исполнителя***.

3.6. ***Исполнитель*** вправе требовать подтверждения осуществления оплаты по договору соответствующим документом.

3.7. Оплата немедицинских услуг производится ***Заказчиком*** на счёт Исполнителя на основании счета, выставленного ***Исполнителем***. ***Заказчик*** обязан произвести оплату немедицинских услуг в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня выставления счета. Частичная оплата счета не допускается. Исполнитель может направить Счет, акт оказанных услуг посредством электронной почты с последующим досылом оригиналов на бумажном носителе.

3.8. Оплата считается осуществленной надлежащим образом с момента поступления денежных средств на счет ***Исполнителя***.

3.9. Оплата немедицинских услуг работникам ***Заказчика*** (контингенту), включенных в список «Сведения о вновь принятых работниках Заказчика***»*** (Приложение № 3 к настоящему договору) производится дополнительно в течение срока действия настоящего договора. В этом случае заключается дополнительное соглашение к настоящему договору.

3.10. При обращении за немедицинскими услугами меньшего числа работников ***Заказчика*** (контингента), чем указано в Приложении № 1, перерасчёт денежных средств не производится, оплаченные суммы возврату не подлежат.

3.11. Исполнитель приступает к оказанию услуг, предусмотренных настоящим договором, после исполнения Заказчиком обязательства по их оплате.

 **4. Срок действия договора**

4.1. Договор вступает в силу с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует по «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

4.2. Договор может быть расторгнут:

а) по письменному соглашению Сторон.

б) по инициативе одной из Сторон с уведомлением другой Стороны за один месяц до предполагаемой даты расторжения Договора.

 в) по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

 4.3. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. Один экземпляр находится у ***Заказчика,*** другой - у ***Исполнителя.***

**5. Персональные данные**

5.1. При необходимости обработки персональных данных в связи с исполнением Договора, Стороны руководствуются нормами законодательства Российской Федерации и требованиями государственных органов, к компетенции которых отнесены вопросы безопасности персональных данных.

5.2. Стороны обязуются обеспечивать конфиденциальность и безопасность персональных данных, ставших им известными в связи с исполнением настоящего Договора, в соответствии с законодательством Российской Федерации. Обеспечение конфиденциальности и безопасности персональных данных должно включать все необходимые организационные и технические меры по защите от несанкционированного, в том числе случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения и иных неправомерных действий в отношении персональных данных.

5.3. Стороны незамедлительно сообщают друг другу о допущенных, либо ставших им известными, фактах разглашения или угрозы разглашения, незаконного получения или незаконном использовании персональных данных, ставших им известными в ходе исполнения настоящего Договора.

5.4. В случае нарушения обязательств по обеспечению конфиденциальности и безопасности персональных данных, ставших известными Сторонам в связи с исполнением Договора, они несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

 **6. Уведомления и сообщения**

 6.1. Все уведомления и сообщения, направленные Сторонами в связи с исполнением настоящего Договора, должны быть оформлены в письменной форме, отправлены факсом или электронной почтой, с обязательным предоставлением оригиналов на бумажных носителях.

 6.2. Стороны признают правомочной существующую практику применения различных способов воспроизведения подписей и печатей с помощью факсимильного или иного, не противоречащего законодательству, способа копирования.

 6.3. Стороны признают подписанные и надлежаще заверенные документы, полученные с помощью факса или электронной почты.

6.4. Оригиналы документов предоставляются Сторонами друг другу в течение 7 (семи) календарных дней.

**7. Прочие условия**

 7.1. Ни одна из Сторон не вправе передавать свои права и обязанности по настоящему Договору третьей Стороне без письменного согласования между собой.

 7.2. Если одно из положений настоящего Договора становится недействительным, то это не затрагивает действительности остальных положений настоящего Договора. Недейст­вительное положение заменяется другим положением письменным соглашением Сторон.

 7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору будут действительны только при условии, если они совершены в письменной форме, подписаны уполномоченными представителями Сторон и скреплены печатью.

 7.4. Стороны обязуются извещать друг друга об изменении адреса, банковских

 реквизитов, контактных телефонов незамедлительно.

**8. Форс-мажорные обстоятельства**

8.1. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы, т.е. обстоятельств, не зави­сящих от волеизъявления Сторон, препятствующих выполнению обязательств Сторон по настоящему Договору и делающих невозможным выполнение ранее взятых на себя обязательств, Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору.

8.2. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются и несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8.3. При наступлении условий, указанных в п.п. 8.1. Сторона, для которой наступили эти обстоятельства, должна немедленно известить другую Сторону.

**9. Порядок рассмотрения споров**

9.1. Стороны предпримут все усилия, чтобы споры, возникающие по настоящему Договору в процессе его исполнения, были разрешены путем переговоров.

 9.2. При не достижении согласия Сторонами споры рассматриваются и разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ.

**10. Адреса и реквизиты Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Заказчик******\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*****«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.** | ***Исполнитель*****Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Мурманский многопрофильный центр имени Н.И. Пирогова Федерального медико-биологического агентства»** (ФГБУЗ ММЦ им. Н.И. Пирогова ФМБА России)183031 г. Мурманск, ул. П. Морозова ,6ИНН 5190053159 КПП 519001001Лицевой счет 20496В00980 в Управлении Федерального казначейства по Мурманской областиКазначейский счет 03214643000000014900Банк ОТДЕЛЕНИЕ МУРМАНСК //УФК по Мурманской области, г. МурманскЕдиный казначейский счет 40102810745370000041БИК 014705901Код по сводному реестру 001В0098ОКПО- 21028652ОКОПФ-75103ОКОГУ-1320760ОКФС-12ОКАТО-47401000000ОКТМО-47701000ОГРН- 1157746943661ОКВЭД- 86.10,86.21,86.90.9,86.23КОСГУ за оказание платных медицинских услуг - 000 0 000 000 000 0000130Тел. (8152) 55-12-12, факс (8152) 551-222Е-mail: mkk@polarnet.ru; mkkbuh@list.ru тел/факсы 55-12-22,55-12-40***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*****«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.** |
|  |  |

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

К настоящему договору прилагаются:

Приложение № 1 - Список работников ***Заказчика***.

Приложение № 2 - Сведения об уволенных работниках ***Заказчика.***

Приложение № 3 - Сведения о вновь принятых работниках ***Заказчика***

Приложение № 4 - Список уполномоченных лиц ***Заказчика***.

Приложение № 5 - Список уполномоченных лиц ***Исполнителя***.

Приложение № 6 – Прейскурант цен на медицинские услуги, оказываемые в ФГБУЗ ММЦ им Н.И. Пирогова ФМБА России (или выписка) – как удобнее.

 Приложение № 1

 к договору № \_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | СПИСОК СОТРУДНИКОВ ( **НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ - ОБЯЗАТЕЛЬНО!**) НА 20\_\_\_\_ ГОД. "наименование СМО" (ОБЯЗАТЕЛЬНО !!!!) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| № П/П | Ф.И.О. сотрудника; Конт. № телефона (ОБЯЗАТЕЛЬНО) | Дата рождения | Данные полиса (наименование СМО; номер)  | Паспорт (номер; серия; кем и когда выдан) | Адрес |  |  |  | СНИЛС |  | Если есть льготы, то какие | Подпись |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Регистрации | Фактического проживания |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | 2 |  |  | 3 |  | 4 |  |  | 5 |  |  | 6 |  | 7 |  | 8 |  | 9 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Заказчик:***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

 Приложение № 2

 к договору № \_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_

СВЕДЕНИЯ ОБ УВОЛЕННЫХ СОТРУДНИКАХ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № П/П | Ф.И.О. сотрудника; Конт. № телефона (ОБЯЗАТЕЛЬНО) | Дата рождения | Данные полиса (наименование СМО; номер)  | Паспорт (номер; серия; кем и когда выдан) | Адрес |  |  |  | СНИЛС |  | Если есть льготы, то какие | Подпись |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Регистрации | Фактического проживания |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | 2 |  |  | 3 |  | 4 |  |  | 5 |  |  | 6 |  | 7 |  | 8 |  | 9 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Заказчик:***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

 Приложение № 3

 к договору № \_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_

 СВЕДЕНИЯ О ВНОВЬ ПРИНЯТЫХ СОТРУДНИКАХ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № П/П | Ф.И.О. сотрудника; Конт. № телефона (ОБЯЗАТЕЛЬНО) | Дата рождения | Данные полиса (наименование СМО; номер)  | Паспорт (номер; серия; кем и когда выдан) | Адрес |  |  |  | СНИЛС |  | Если есть льготы, то какие | Подпись |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Регистрации | Фактического проживания |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | 2 |  |  | 3 |  | 4 |  |  | 5 |  |  | 6 |  | 7 |  | 8 |  | 9 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Заказчик:***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Приложение № 4

 к договору № \_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  **Список уполномоченных лиц ( наименование организации)** |  |
|  | **для проведения необходимых согласований в порядке предоставления медицинских услуг** |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Фамилия Имя Отчество** | **Должность** | **Контактный телефон** |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|  |  |  |

***Заказчик:***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Приложение № 5

 к договору № \_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Список уполномоченных лиц ФГБУЗ ММЦ им Н.И. Пирогова ФМБА России** |  |
|  | **для проведения необходимых согласований в порядке предоставления медицинских услуг** |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Фамилия Имя Отчество** | **Должность** | **Контактный телефон** |
| Островская Татьяна Сергеевна | Заведующая поликлиникой | (8152) 55-12-50 |
| Для записи к врачам поликлиники | Администратор единой информационно-справочной службы поликлиники  | (8152) 78-00-9555-12-34 |
| По вопросам госпитализации в стационар и записи к врачам стационара  | Администратор единой информационно-справочной службы стационара | (8152) 78-21-03 |
| По вопросам документов, внесению изменений в список | Коммерческий отдел | (8152) 55-12-88 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Должность***  |  |  | ***Подпись*** |