

ДОГОВОР № 213/07/2025-МО-МЮ
на оказание медицинских услуг

г. Санкт-Петербург

«25» июля 2025г.

Общество с ограниченной ответственностью «Центр Медицинских Осмотров и Комиссий» (Лицензия № Л041-01148-78/00362136 от 14.10.2020г., выданная Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Дрокина Сергея Валентиновича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и **Общество с ограниченной ответственностью «ШЕЛПРОКК»**, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице Генерального директора Бусел Евгения Анатольевича, действующего на основании Устава, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. «Заказчик» поручает, а «Исполнитель» проводит предварительные и периодические медицинские осмотры сотрудников «Заказчика».
- 1.2. Объем медицинских осмотров и контингент работников, подлежащих осмотрам определяется в соответствии с Приказом Министерством Здравоохранения Российской Федерации **№29-Н от 28 января 2021г.** «Об утверждении порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 231 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работами, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 2.1. «Исполнитель» обязуется:
- 2.1.1. Провести медицинское обследование сотрудников «Заказчика» на базе медицинского центра, расположенного по адресу: г. Санкт-Петербург, Лиговский пр. д.94 лит. А.
- 2.1.2. На лицо, проходящее осмотр, оформить:
- медицинскую карту амбулаторного больного по учетной форме № 025/у-04, в которой отражаются заключения врачей-специалистов, результаты лабораторных и инструментальных исследований, заключение по результатам предварительного или периодического медицинского осмотра (медицинская карта хранится в установленном порядке у Исполнителя);
 - заключение по результатам медицинского осмотра (в двух экземплярах, один из которых выдается работнику на руки, а второй приобщается к медицинской карте).
- 2.1.3. Окончательное заключение о противопоказаниях к работе оформляется в соответствии с п. 4 приложения 3 Приказа Минздравсоцразвития России №29н от 28 января 2021 г.
- 2.1.4. Составить медицинский акт по результатам периодического медосмотра в месячный срок с момента окончания осмотра.
- 2.1.5. Строго соблюдать медицинские нормы и правила, соблюдать санитарно-эпидемиологический режим.
- 2.1.6. Строго соблюдать врачебную тайну.
- 2.2. «Заказчик» обязуется:
- 2.2.1. Предоставить «Исполнителю» список сотрудников предприятия, подлежащих периодическим медицинским осмотрам согласно форме **Приложения №1, (обязательно в электронном формате EXCEL)**
- 2.2.2. Выделить ответственного представителя администрации на время проведения медицинского осмотра для решения оперативных вопросов.
- 2.2.3. Обеспечить поступление сотрудников на медосмотр по согласованному графику. График согласовывается не позднее, чем за 5 рабочих дней до начала проведения медосмотра.
- 2.2.4. Обеспечить необходимые условия для проведения медицинского осмотра.
- 2.2.5. Своевременно произвести оплату согласно выставленным счетам.
- 2.2.6. Для проведения предварительного медицинского осмотра вновь поступающего работника на предмет его пригодности для работы, «Заказчик» в направлении согласно форме **Приложения №2**

указывает его фамилию, имя, отчество, число, месяц и год рождения. Должность, планируемую вредность и опасные производственные факторы, оказывающие воздействие на работника.

2.2.7. Вновь поступающий работник, для прохождения осмотра представляет дежурному администратору центра:

- документ, удостоверяющий личность,
- направление от Заказчика.
- страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования;
- полис ОМС (ДМС).

3. СТОИМОСТЬ РАБОТЫ И ПОРЯДОК РАСЧЕТА

3.1. Стоимость медицинских услуг, выполняемых «Исполнителем» по настоящему Договору, приведена в **Приложении №3**, НДС не облагается в соответствии с подпунктом 2 пункта 2 ст. 149 Налогового Кодекса РФ.

3.2. Факт выполнения услуг, подтверждается двухсторонним Актом приемки-сдачи выполненных услуг на общее количество оказанных медицинских услуг «Исполнителем».

Расчет за фактически оказанные медицинские услуги в части периодического медицинского осмотра «Исполнителем» производится «Заказчиком» не позднее 5 (пяти) банковских дней после выставления счета за фактически выполненные услуги.

3.3. Заказчик обязуется в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения рассмотреть, подписать Акт об оказании услуг в 2-х экземплярах и направить Исполнителю один экземпляр подписанного Акта. Если в течение указанного срока Заказчик не предоставляет Исполнителю указанный Акт, выполненные работы (оказанные услуги) считаются принятыми, у Заказчика отсутствуют претензии (замечания) к Исполнителю. Не предоставление Акта в установленный Договором срок не освобождает Заказчика от возврата его Исполнителю.

3.4. В случае просрочки оплаты оказанных услуг Исполнитель имеет право направить письменную претензию Заказчику с требованием уплаты неустойки из расчета 0,1% от неоплаченной суммы за каждый день просрочки

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За ущерб, причиненный одной из сторон вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей, виновная сторона несет ответственность в виде возмещения убытков в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Стороны не несут ответственности за ущерб, причиненный в результате полного или частичного неисполнения обязательств по настоящему договору, если такой ущерб причинен вследствие действия непреодолимой силы, которые не могли быть предвидены, контролируемы и устранены Сторонами настоящего Договора.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И УСЛОВИЯ ЕГО ПРЕКРАЩЕНИЯ

5.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течении одного календарного года. Договор считается продленным на неопределенный срок в случае, если ни одна из сторон не изъявила желания его расторгнуть, известив другую сторону об этом за 45 календарных дней, кроме случаев одностороннего отказа от исполнения договора, предусмотренных настоящим договором и действующим законодательством.

5.2. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон или по требованию одной из Сторон. В случае расторжения Договора по требованию одной из Сторон, Сторона, явившаяся инициатором расторжения, предупреждает другую Сторону не менее, чем за 45 календарных дней до предполагаемой даты расторжения.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Все споры и разногласия по настоящему Договору, которые могут возникнуть у сторон в связи с Договором, будут разрешаться путем переговоров. При не достижении согласия споры будут передаваться на рассмотрение в Арбитражный Суд г. Санкт-Петербурга.

6.2. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору действительны лишь при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями Сторон.

6.3. В случаях, не предусмотренных Договором, Стороны руководствуются действующим Законодательством Российской Федерации.

6.4. Договор заключен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон; оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

7. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

Исполнитель:

Общество с Ограниченной Ответственностью
«Центр Медицинских Осмотров и Комиссий»

Сокращенное фирменное наименование
ООО «ЦМОК»

Юридический адрес:

191119, г. Санкт-Петербург, Лиговский
проспект 94, лит. А, пом. 3Н, каб. 29

Почтовый адрес:

191119, г. Санкт-Петербург, Лиговский
проспект 94, лит. А, пом. 3Н, каб. 29

Лицензия № ЛО41-01148-78/00362136 от
14.10.2020г., выданная Федеральной службой
по надзору в сфере здравоохранения и
социального развития.

ОГРН 1127847390626

ИНН 7810877240

КПП 784201001

Расчетный счет 40702810632180000676

Банк Филиал «Санкт-Петербургский»

АО «Альфа-Банк»

Корр. Счет 30101810600000000786

БИК 044030786

ОКВЭД 86 Деятельность в области
здравоохранения

Email: cmok.info@mail.ru

Бухгалтер/тел: 8 (812) 425-32-15 доб. 27

Ответственное лицо/тел: 8 -911-179-28-72

Заказчик:

Общество с ограниченной ответственностью
«ШЕЛПРОКК»

Краткое наименование: ООО «ШЕЛПРОКК»

Фактический адрес: 109004, г. Москва,
ул. Николоямская, д.29, стр.1, помещение 1/Ч

Почтовый адрес: 109028, г. Москва, а/я 4

Электронная почта: info@shellrockk.ru

Телефон: 8 800 101 24 13

Юридический адрес: 117535, г. Москва, вн. тер. г.
Муниципальный округ Чертаново Южное, проезд 3-
ий Дорожный, д.6, к.2, кв.54

ИНН 9726048866

КПП 772601001

ОГРН 1237700462427

ОКПО 58306175

Расчётный счёт 40702810112010587017

Наименование банка Филиал «Корпоративный»

ПАО «Совкомбанк»

БИК 044525360

Корреспондентский счет 30101810445250000360

Генеральный директор Бусел Евгений Анатольевич

Ответственное лицо: +7 – 963-247-18-02

Исполнитель

Генеральный директор

ООО «ЦМОК»



Дрокин С.В.

2025г.

Заказчик

Генеральный директор

ООО «ШЕЛПРОКК»



Бусел Е.А.

2025г.

Обязательно в электронном
формате EXCEL

«Утверждаю»
Руководитель организации (наименование)

ФИО
«__» _____ 2025г.

Список работников организации (наименование), подлежащих периодическому медицинскому осмотру (обследованию) в соответствии с Приказом МЗ и СР РФ от 28.01.2021 г. № 29н

№ п/п	Ф.И.О. (полностью)	Дата рождения	Пол	Профессия	Пункт. Пр. №29н
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

Исполнитель

Генеральный директор
ООО «ЦМОК»



Прокин С.В.

2025г.

Заказчик

Генеральный директор
ООО «ШЕЛПРОК»



Бусел Е.А.

07 2025г.

ООО «ШЕЛПРОКК»

(наименование организации
(предприятия), форма
собственности, отрасль экономики)

(адрес)

Код ОГРН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**НАПРАВЛЕНИЕ № _____ НА ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ (ПЕРИОДИЧЕСКИЙ) МЕДИЦИНСКИЙ
ОСМОТР (ОБСЛЕДОВАНИЕ) (ПОДЧЕРКНУТЬ)**

Направляется в ООО «ЦМОК» г. Санкт-Петербург, Лиговский пр., д.94, Лит А. тел.:(812) 425-32-15 доб. 25
ОГРН 1127847390626

(наименование медицинской организации, адрес регистрации, код по ОГРН)

1. Ф.И.О. _____

2. Дата рождения _____
(число, месяц, год)

3. Поступающий на работу/работающий (нужное подчеркнуть)

4. Цех, участок _____

5. Вид работы, в которой работник освидетельствуется _____

6. Вредные и (или) опасные вещества и производственные факторы по **Пр.№29-Н от 28 января 2021г.**

7. Должность (профессия) _____

8. По окончании медицинского осмотра оформить:					
1.	Медицинское заключение по Пр. №29н				

***Отметить «+» то, что нужно будет оформить или вписать в пустую строку свой вариант.**

****Все строки должны быть обязательно заполнены.**

(должность уполномоченного
представителя)

(подпись уполномоченного
представителя)

(Ф.И.О.)

**Стоимость медицинского осмотра работников
ООО «ШЕЛПРОКК»**

Наименование	Стоимость осмотра (руб./чел.)
Медицинский осмотр работника. (предварительный/периодический) Пр.№29-Н от 28 января 2021г.	2000,00

Подписи:

Исполнитель

Генеральный директор
ООО «ЦМОК»



Дрокин С.В.
2025г.

Заказчик

Генеральный директор
ООО «ШЕЛПРОКК»



Бусел Е.А.

« 25 07 2025г.