|  |
| --- |
|  **МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ сВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ** **Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области****«Городская больница № 36 «Травматологическая» город Екатеринбург»****(ГАУЗ СО « ГБ № 36 «Травматологическая»)** 620007, г. Екатеринбург, ул. Центральная,2 Тел. (343) 252-01-88, 204-76-36  Факс (343) 252-12-14e-mail: gtb@gtb36.ruОГРН 1026605420511, ИНН/КПП6662056662/668501001 |

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 год

**ЗАПРОС**

**о предоставлении ценовой информации в отношении услуги для определения начальной (максимальной) цены договора**

**ЗАЯВКА (техническое задание)**

**на Проведение периодического медицинского осмотра работников в 2024 году**

**1. Наименование оказываемых услуг: Проведение периодического медицинского осмотра работников** **в 2024 году, в т.ч:**

- Проведение периодического медицинского осмотра в центре профессиональной патологии (далее ПМО ЦПП);

- Проведение периодического медицинского осмотра в лечебно-профилактическом учреждении (далее ПМО ЛПУ).

Количество оказываемых услуг:

- ПМО ЦПП - 51 человек (из них женщин - 39 человека, в т.ч. старше 40 лет – 36; мужчин - 12 человека);

- ПМО ЛПУ - 221 человек (из них женщин - 173 человек, в т.ч. старше 40 лет – 132; мужчин - 48 человек).

**2. Место оказания услуг:** На базе Исполнителя, оказывающего медицинские услуги.

**3. Условия:** Наличиеэлектронной очереди. Прохождение медицинского осмотра по графику предоставленному Заказчиком.

**4. Сроки (периоды) оказания услуг:** С момента заключения договора, по плану-графику, согласованному с Заказчиком.

**5. Источник финансирования:** Средства автономного учреждения.

**6. Форма, сроки и порядок оплаты услуг:**

Оплата производится поэтапно по безналичному расчету в рублях по факту выполнения услуг в следующем порядке: 1 этап – при прохождении медосмотра в ЛПУ - 50% работников, 2 этап - окончательный расчёт при прохождении медосмотра всеми работниками - в течение 60 рабочих дней с момента подписания акта за оказанные услуги.

**7. Виды оказываемых услуг:**

 Медицинский осмотр работников ГАУЗ СО «ГБ № 36 «Травматологическая».

**8. Условия оказания услуг:**

8.1. Транспортная доступность городским общественным транспортом г. Екатеринбурга.

8.2. Наличие лицензии на право осуществления медицинской деятельности по оказанию данного вида услуг.

8.3. Срок прохождения медицинского осмотра работником не более 1 рабочего дня.

8.4. Исполнитель сообщает Заказчику о лицах, не прошедших ПМО в соответствии с согласованным графиком прохождения, а также о лицах, направленных на дополнительные исследования и обследования на позднее 5-ти рабочих дней доверенному лицу.

8.5. По результатам осмотра заполнение медицинских книжек, с внесением в них заключения специалистов данных лабораторных исследований.

8.6. Исполнитель по результатам медицинского осмотра в срок не позднее 1 месяца после фактического завершения работ обязан выдать Заключительный акт установленного образца и индивидуальные медицинские заключения на каждого работника Заказчика.

**9. Требования по выполнению сопутствующих работ, оказанию сопутствующих услуг, поставкам необходимых товаров, в т.ч. оборудования:** Не требуется.

**10. Общие требования к оказанию услуг:** Услуги оказываются в соответствии с:

- приказом Минздрава России от 28.01.2021 N 29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников»;

- совместный приказ Минтруда России и Минздрава России от 31.12.2020 N 988н/1420н «Об утверждении перечня вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры».

**11. Порядок (последовательность, этапы) оказания услуг:**

по плану-графику, согласованному с Заказчиком.

**12. Требования к качеству оказываемых услуг:**

Услуги должны быть оказаны в строгом соответствии с требованиями действующего законодательства, регулирующего оказание услуг, проводить профилактические медицинские осмотры сотрудников включенных в список, представленный заказчиком, либо имеющих его направление.

**13. Требования к безопасности оказываемых услуг:** Исполнитель обязан при оказании услуг строго соблюдать санитарно-эпидемиологические, гигиенические нормы и правила. Все расходные материалы, используемые для лабораторной диагностики должны быть стерильными, одноразовыми.

**14. Порядок сдачи и приемки результатов услуг:**

 По окончании оказания услуг отчитаться перед Заказчиком реестром оказанных услуг и актом оказанных услуг.

**15. Требования по передаче заказчику технических и иных документов по завершению и сдаче услуг:** По окончанию предоставленных медицинских услуг выдать заключительный акт и индивидуальные медицинские заключения лицу, уполномоченному заказчиком.

**16. Правовое регулирование оказываемых услуг:**

В соответствии с законодательством Российской Федерации, приказом от 28 января 2021 года № 29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников», приказом Министерства здравоохранения Свердловской области № 633п от 31.03.2021г «О совершенствовании системы организации и проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников Свердловской области».

**17. Иные требования к услугам и условиям их оказания:**

Наличие лицензии на экспертизу профпригодности и экспертизу связи заболевания с профессией.

Предполагаемый срок проведения процедуры конкурентной закупки: январь 2024 года.

Планируемый срок действия договора: до 31.12.2024 г.

Срок предоставления ценовой информации: с момента публикации по 25.01.2024 включительно.

Информируем, что направленные предложения не будут рассматриваться в качестве заявки на участие в закупке и не дают каких-либо преимуществ для лиц, подавших, указанные предложения.

Настоящий запрос не является извещением о проведении закупки, офертой или публичной офертой и не влечет возникновения каких-либо обязательств Заказчика.

Из ответа на запрос должны однозначно определяться цена единицы и общая цена договора, срок действия предлагаемой цены, расчет такой цены с целью предупреждения намеренного завышения или занижения цены.

Адрес электронной почты для предоставления сканированных копий писем:
sms@gtb36.ru

**Главный врач С.Ю. Лукин**

Исполнитель:

Софронова Н.В.

Ведущий специалист ОЗиПС

тел.: (343)252-03-85

Приложение № 2

к договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 года

«Форма ответа на запрос ценовой информации на поставку товара»

На официальном бланке организации

В ответ на ваш запрос №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 сообщаем, что готовы предоставить ценовую информацию на поставку товара, на условиях, указанных в запросе

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование услуги | Ед.изм. | Стоимость медицинской услуги | Кол-во, чел. | Стоимость услуг |  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |  |
| 1 | Проведение периодического медицинского осмотра в центре профессиональной патологии (мужчины) | услуга |  | 12 |  |  |
| 2 | Проведение периодического медицинского осмотра в центре профессиональной патологии (женщины до 40 лет) | услуга |  | 3 |  |  |
| 3 | Проведение периодического медицинского осмотра в центре профессиональной патологии (женщины старше 40 лет) | услуга |  | 36 |  |  |
| 4 | Проведение периодического медицинского осмотра в лечебно-профилактическом учреждении (мужчины) | услуга |  | 48 |  |
| 5 | Проведение периодического медицинского осмотра в лечебно-профилактическом учреждении (женщины до 40 лет) | услуга |  | 41 |  |
| 6 | Проведение периодического медицинского осмотра в лечебно-профилактическом учреждении (женщины старше 40 лет) | услуга |  | 132 |  |
| 7 | Проведение периодического медицинского осмотра в лечебно-профилактическом учреждении | услуга |  | 20 |  |
| Общая стоимость оказанных услуг: |

Срок действия ценового предложения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Срок поставки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактная информация ответственного лица организации, отвечающего за взаимодействие с Заказчиком

ФИО

Должность

Телефон

E-mail:

Руководитель организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись, расшифровка)