|  |  |
| --- | --- |
| МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ  ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ  УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ  **«ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 8**  **ГОРОД ЕКАТЕРИНБУРГ»**  **(ГАУЗ СО «ДГБ № 8»)**  Военная ул., д.20, Екатеринбург, 620085  Тел. (343) 297-83-22 Факс (343) 210-60-30  e-mail: [reception@dgb8.ru](mailto:reception@dgb8.ru); сайт: dgb8.ru  ОКПО 50309694, ОГРН 1036605185319  ИНН/КПП 6664060657/667901001  17.02.2025г. №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Руководителю |

**ЗАПРОС**

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

ГАУЗ СО «ДГБ № 8» просит подготовить коммерческое предложение для проведения запроса котировок в электронной форме направо заключения договора на оказание услуг **по проведению периодических медицинских осмотров работников (в объеме ЦПП) для нужд ГАУЗ СО «ДГБ №8»**

1. **Наименование оказываемых услуг:** проведение периодических медицинских осмотров работников (в объеме ЦПП)
2. **Место оказания услуг:** г. Екатеринбург, на базе Исполнителя.

**3. Количество и наименования услуг:** в соответствии с таблицей №1.

**Количество конкретных услуг варьируется по мере необходимости и по потребности Заказчика в связи с невозможностью определить объем услуг по каждому виду наименования. НМЦД определяется исходя из плана ФХД на финансовый год.**

**(Ориентировочные количества:**

Периодический медицинский осмотр ***запланированное количество:***

##### - «уровень ЦПП» ***304 человек:*** *29 – мужчины, 52 – женщины до 40 лет, 223 – женщины после 40 лет****)****.*

**4. Сроки (периоды) оказания услуг:** с момента подписания договора по 31.10.2025г., по графику, в даты, согласованные с заказчиком.

##### **5. Форма, сроки и порядок оплаты работ, услуг:**оплата производится по факту оказания услуг в безналичной форме единовременно после прохождения медицинского осмотра всеми сотрудниками из поименного списка сотрудников, в течение 7 рабочих дней после подписания заказчиком акта сдачи-приемки оказанных услуг и предоставления счета-фактуры (счета, УПД) (возможна частичная оплата при предоставлении дополнительного заключительного акта на предъявляемый объем услуги);

1. **Общие требования к оказанию услуг:**

- наличие у Исполнителя набора помещений для проведения медицинских осмотров;

Проведение мобильными медицинскими бригадами врачей-специалистов не допускается.

- наличие у Исполнителя необходимого оборудования для проведения медицинских осмотров;

- наличие у Исполнителя лицензии на осуществление медицинской деятельности в соответствии с требованиями, установленными п.46 ч.1 ст.12 Федерального закона от 04.05.2011г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

В перечне видов деятельности, на которые распространяется лицензия Исполнителя, помимо общих позиций по оказанию медицинских работ (услуг) обязательно должны быть указаны разрешенные виды деятельности по направлениям: профпатология; проведение периодических медицинских осмотров; экспертиза профессиональной пригодности; *экспертиза связи заболевания с профессией*.

Наличие у исполнителя постоянно действующей врачебной комиссии для проведения периодического осмотра.

Врачи-специалисты, проводящие обязательный периодический медицинский осмотр, должны быть основными сотрудниками Исполнителя.

- осмотр одного сотрудника производится в течение одного дня, по одному адресу (без перемещения сотрудников по разным адресам). Проведение периодических медосмотров должно быть организовано из расчёта экономии времени сотрудников Заказчика, без очередей и при наличии всех врачей-специалистов согласно представленному перечню услуг и согласованному с заказчиком графику.

- в случае невозможности прохождения медосмотра отдельными работниками в соответствии с утвержденным планом-графиком прохождения медосмотра по уважительным причинам сроки ее прохождения, в том числе за рамками указанного выше срока, согласуются Заказчиком и Исполнителем дополнительно, без дополнительной оплаты.

- оказание высококвалифицированных медицинских услуг по организации и проведению периодических медицинских осмотров. Услуги оказываются в соответствии со списком лиц, подлежащих периодическому осмотру, предоставленных Заказчиком, на основании Приказа Минздравсоцразвития Российской Федерации от 28.01. 2021г. №29н, ФЗ-52 от 30.03.1999г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»,

##### - исполнитель должен выполнять все требования закона и иных правовых актов, предусмотренные действующим законодательством РФ.

##### **Условия оказания услуг: по заявке ЛПУ;**

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

- по окончании оказания услуг по проведению обязательных периодических медицинских осмотров работников предоставить заказчику - акт сдачи-приемки оказанных услуг, с приложением «список работников, прошедших периодический медицинский осмотр»;

- заключения по результатам медицинских осмотров на каждого работника, выдаются по мере готовности, но не позднее 22.09.2025г.;

- паспорт здоровья на каждого работника, выдаются по мере готовности, но не позднее 17.10.2025г.;

- заключительный акт (акты при частичной оплате) по результатам периодического медицинского осмотра всех сотрудников согласованный с Управлением Роспотребнадзора по Свердловской области в срок до 30.10.2025 г.

- В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России 28.01.2021 г. №29н для проведения периодического осмотра медицинской организацией формируется постоянно действующая врачебная комиссия. В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России 28.01.2021 г. №29н для проведения предварительного или периодического осмотра медицинской организацией формируется постоянно действующая врачебная комиссия.

В состав врачебной комиссии включаются врач-профпатолог, а также врачи-специалисты, прошедшие в установленном порядке повышение квалификации по специальности "профпатология" или имеющие действующий сертификат по специальности "профпатология".

Возглавляет врачебную комиссию врач-профпатолог.

Состав врачебной комиссии утверждается приказом (распоряжением) руководителя медицинской организации.

Для подтверждения данного факта исполнитель при заключении договора предоставляет Заказчику все необходимые документы, в том числе приказ о создании комиссии, копии дипломов, действующих сертификатов специалистов, свидетельств о повышении квалификации по специальности «профпатология». Наличие в медицинской организации необходимых для прохождения мед. осмотра квалифицированных специалистов, в том числе врач – терапевт, врач-психиатр, врач-нарколог, врач-невролог.

- Исполнитель обязан обеспечить конфиденциальность при обработке персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

**Таблица №1. Наименование и характеристика услуги**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование услуги | Единица измерения |
| 1 | *обязательный периодический медицинский осмотр сотрудников на уровне* ***ЦПП*** *(мужчины)* | усл. ед. |
| 2 | *обязательный периодический медицинский осмотр сотрудников на уровне* ***ЦПП*** *(женщины до 40 лет)* | усл. ед. |
| 3 | *обязательный периодический медицинский осмотр сотрудников на уровне* ***ЦПП*** *(женщины после 40 лет)* | усл. ед. |

Срок предоставления ценовой информации: до 20.02.2025 года.

Из ответа на запрос о предоставлении ценовой информации должны однозначно определяться: цена единицы товара, работы, услуги и общая цена договора на условиях, указанных в запросе; срок действия предлагаемой цены; расчет предлагаемой цены с целью предупреждения намеренного завышения или занижения цен товаров; включенные в цену расходы.

Проведение данной процедуры сбора информации не влечет за собой возникновение каких-либо обязательств заказчика.

Ответ на запрос необходимо подготовить на бланке организации (форма ответа прилагается ниже) и предоставить на адрес электронной почты: [zakupki@dgb8.ru](mailto:zakupki@dgb8.ru) либо направить посредством Региональной Информационной Системы <http://torgi.egov66.ru/>.

Начальник ресурсного отдела М.С.Ефимова

**Предлагаемая форма ответа**

На официальном бланке компании

Главному врачу ГАУЗ СО «ДГБ № 8»

Праздничкову Д.О.

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Коммерческое предложение

В ответ на Ваш запрос о предоставлении ценовой информации от \_\_\_\_\_.2025г. сообщаем, что мы готовы выполнить работы (оказать услуги) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_для нужд ГАУЗ СО «ДГБ № 8»** на условиях, указанных в запросе.

Выполненная работа (оказанная услуга) будет полностью соответствовать требованиям, установленным в описании предмета закупки.

Цена единицы выполненной работы (оказанной услуги) и общая цена договора (выполненной работы (оказанной услуги)) на условиях, указанных в запросе, составляет:

| №  п/п | Наименование работ (оказание услуг) | Ед.  измерения | Цена за ед. с НДС, руб.\* |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***Оказание услуг по проведению периодических медицинских осмотров работников (в объеме ЦПП)*** *(в соответствии с Техническим заданием)* | | |
|  | *обязательный периодический медицинский осмотр сотрудников на уровне* ***ЦПП*** *(мужчины)* | усл. ед. |  |
|  | *обязательный периодический медицинский осмотр сотрудников на уровне* ***ЦПП*** *(женщины до 40 лет)* | усл. ед. |  |
|  | *обязательный периодический медицинский осмотр сотрудников на уровне* ***ЦПП*** *(женщины после 40 лет)* | усл. ед. |  |

\*цена включает НДС/без НДС (если НДС не облагается), общую стоимость оказания услуг, все затраты, издержки, налоги, сборы, обязательные платежи, в том числе стоимость затрат на технологический процесс, расходные материалы, транспортные расходы и иные расходы Исполнителя, в том числе сопутствующие, связанные с исполнением Договора.

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

Контактная информация ответственного лица организации, отвечающего за взаимодействие с заказчиком: Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руководитель организации | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| М.п. | (подпись) | (расшифровка) |