***Додаток 3***

***Технічні, якісні та кількісні вимоги***

***код ДК 021:2015: 85120000-6 -*** ***Лікарська практика та супутні послуги***

***(послуги з проведення медичних оглядів працівників зі шкідливими умовами праці )***

**Вимоги до Виконавця послуг:**

1. Реєстрація та місце знаходження Виконавця - місто Запоріжжя. Послуги повинні бути виконані на території учасника (Виконавця), у місті Запоріжжя, із зручним місцем розташування медичного закладу, оскільки обов'язкові медичні огляди проводяться в лікувально-профілактичних закладах за місцем проживання або за місцем роботи.
2. Період проведення обстеження працівників спеціалістами медичної комісії проводиться за погодженими списками та графіками у робочі дні.
3. Загальна кількість працівників певних категорій які повинні пройти періодичний медичний огляд становить 129 осіб.
4. Проведення періодичного медичного огляду працівників певних категорій повинно здійснюватись Виконавцем згідно наказу МОЗ України від 21.05.2007 року № 246 «Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій» із змінами.
5. Забезпечити надання Послуг, якість яких відповідає умовам Договору.
6. При наданні послуг використовувати дозволені до застосування на території України препарати (засоби), придбані за рахунок Виконавця.
7. Проведення медичного огляду працівників включає в себе огляд спеціалістами, лабораторні та функціональні дослідження з оформленням таких документів:

- план–графік проведення періодичних оглядів працівників з додатком (список працівників затверджені Замовником для Виконавця) з зазначенням в них строків проведення медоглядів, лабораторних, функціональних та інших досліджень та лікарів, залучених до їх проведення;

- картка працівника, який підлягає (попередньому, періодичному) медичному огляду з занесеними в неї результатами періодичного медичного огляду з висновком про стан здоров’я;

- після проведення медичного огляду всіх працівників, Виконавець повинен видати відповідні документи: **Медичні довідки згідно д.8 п. 2.16 та Заключний акт за результатами періодичного медичного огляду працівників згідно д.9 п.2.17 наказу МОЗ України №246 «Про порядок проведення медичних оглядів працівників певних категорій»**.

1. На підставі результатів обстеження кожний лікар-спеціаліст робить висновок щодо можливості допущення працівника до роботи.
2. Всі витрати, що пов’язані з наданням послуг (у тому числі необхідні матеріали) включаються у вартість пропозиції та надаються за рахунок Виконавця.
3. Період надання послуги:протягом 2022 року.
4. Перелік обстежень лікарів спеціалістів, лабораторних та інших досліджень, що необхідні для проведення обов’язкових медичних оглядів працівників закладу викладені у таблиці №1 до додатку.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Таблиця 1 |
|  Медичний огляд працівників зі шкідливими умовами праціРозрахунок вартості цінової пропозиції згідно переліку необхідних обстежень лікарів - спеціалістів, лабораторних та інших досліджень, що необхідні для проведення обов’язкових медичних оглядів працівників згідно наказу № 246 від 21.05.2007р. «Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій» із змінами |
| **№ п/п** | **Назва наказів** | **Наказ №246** | вартість, грн. з/без ПДВ | Всього, грн. |
| **Назва послуги** | кількість |
| 1 | Огляд лікаря терапевта | 129 |  |  |
| 2 | Огляд лікаря отоларинголога | 126 |  |  |
| 3 | Огляд лікаря хірурга | 69 |  |  |
| 4 | Огляд лікаря невропатолога | 109 |  |  |
| 5 | Огляд лікаря офтальмолога | 117 |  |  |
| 6 | Огляд лікаря гінеколога | 123 |  |  |
| 7 | Огляд лікаря уролога | 8 |  |  |
| 8 | Огляд лікаря дерматолога | 106 |  |  |
| 9 | ЕКГ | 129 |  |  |
| 10 | Функція зовнішнього дихання | 77 |  |  |
|  | **Лабораторні дослідження** |  |  |  |
| 11 | Загальний аналіз крові | 127 |  |  |
| 12 | Загальний аналіз крові (скорочений) | 2 |  |  |
| 13 | Гінекологічний мазок | 123 |  |  |
| 14 | Визначення кількості тромбоцитів | 41 |  |  |
| 15 | Аналіз калу на гельмінти | 45 |  |  |
| **Сума без ПДВ** |  |  |
| **ПДВ** |  |  |
| **Всього** |  |  |
| Вартість послуг становить: |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

М.П.

***Посада, прізвище, ініціали, підпис уповноваженої особи учасника, завірені печаткою\*.***