***Додаток 3***

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

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

***(послуги з проведення обов'язкового медичного огляду працівників)***

**Вимоги до Учасників торгів:**

1. Повинен виконати комплекс заходів щодо проведення періодичного обов’язкового профілактичного медичного огляду працівників закладу відповідно до наказу МОЗ України № 280 від 23.07.2002 «Щодо організації проведення обов’язкових профілактичних медичних оглядів працівників окремих професій, виробництв та організацій, діяльність яких пов’язана з обслуговуванням населення і може призвести до поширення інфекційних хвороб».
2. Забезпечити надання Послуг, якість яких відповідає умовам Договору.
3. 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.
4. При наданні послуг використовувати дозволені до застосування на території України препарати (засоби), придбані за рахунок Виконавця.
5. 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;

- заключний акт за результатами періодичного медичного огляду працівників.

- після закінчення медогляду у разі відсутності протипоказань для зайняття відповідним видом діяльності заклад охорони здоров'я видає працівнику форму № 1-ОМК «Особиста медична книжка» (далі – форма № 1-ОМК), затверджену наказом Міністерства охорони здоров’я України від 21 лютого 2013 року № 150, яка повинна відповідати технічному опису бланка згідно Наказу МОЗ від 08.07.2013 року № 583.

1. На підставі результатів обстеження кожний лікар-спеціаліст робить висновок щодо можливості допущення працівника до роботи.
2. Засідання медичної комісії проводити не менше 3-х разів на тиждень.
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 додатку 3 тендерної документації.

**Перелік документів, які повинен надати учасник у складі тендерної пропозиції для підтвердження її відповідності вимогам Замовника**

|  |  |
| --- | --- |
| **Кваліфікаційні критерії до учасників відповідно до ст. 16 Закону** | **Інформація про спосіб документального підтвердження відповідності учасників встановленим критеріям** |
| 1. Наявність обладнання та матеріально-технічної бази та технологій | 1.1 Довідка у довільній формі, що містить інформацію про наявність обладнання та матеріально-технічної бази (власної або залученої на договірних засадах), в тому числі будівель/приміщень, бактеріологічної та клініко – діагностичної лабораторій (лабораторного обладнання), іншого обладнання для надання послуг, підтверджену завіреними в установленому порядку копіями документів на право власності або користування. У разі виконання окремих обстежень або досліджень залученими силами на договірних засадах, учасником надається завірена копія договору про надання відповідних послуг, який діє на момент розкриття пропозицій. |
| 2. Наявність працівників відповідної кваліфікації, які мають необхідні знання та досвід | 2.1. Інформаційна довідка у довільній формі про наявність працівників відповідної кваліфікації, які мають необхідні знання та досвід (перелік працівників із зазначенням посади, досвіду роботи, прізвища та ініціалів).  Надати копії чинних сертифікатів спеціалістів та/або посвідчень про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії**.**  У разі виконання окремих обстежень або досліджень залученими силами на договірних засадах, учасником надається завірена копія договору про надання відповідних послуг (контракту тощо), який діє на момент розкриття пропозицій, та документи, які підтверджують наявність у безпосереднього виконавця працівників відповідної кваліфікації та спеціалізації, які мають необхідні знання та досвід, відповідно до вимог цього пункту до учасника. |
| 3. Наявність документально підтвердженого досвіду виконання аналогічного (аналогічних) за предметом закупівлі договору(договорів) | Копія договору на виконання аналогічного, за предметом закупівлі, договору за підписом уповноваженої особи учасника та завірену печаткою. |
| **4. Інші документи:** | |
| 4.1. Копія Статуту (завірена печаткою Учасника і власноручним підписом уповноваженої особи Учасника).  4.2. Сканований документ(и), що підтверджує(ють) повноваження посадової особи або представника учасника процедури закупівлі щодо підпису документів тендерної пропозиції. Повноваження щодо підпису документів тендерної пропозиції учасника процедури закупівлі підтверджується випискою з протоколу засновників, наказом про призначення, довіреністю, дорученням або іншим документом, що підтверджує повноваження посадової особи учасника на підписання документів.  4.3. Сканований документ(и), що підтверджує(ють) повноваження особи на підписання договору за результатами торгів (протокол (витяг з протоколу)) зборів засновників про призначення директора, президента, голови правління; або наказ; або довіреність керівника учасника у разі підписання договору про закупівлю особою, чиї повноваження не визначені статутом чи інше). Надається за умови, якщо підписант тендерної пропозиції та підписант договору різні посадові особи.  4.4. Довідка про паспортні дані та ідентифікаційний код у довільній формі (у разі якщо учасником є фізична особа, у тому числі фізична особа-підприємець).  4.5. Скановане свідоцтво про реєстрацію платника податку на додану вартість або сканований витяг з реєстру платників ПДВ (У разі якщо Учасник не платник ПДВ - витяг з реєстру платників єдиного податку або свідоцтво про сплату єдиного податку).  4.6. Чинна сканована ліцензія МОЗ на провадження медичної практики, або копію наказу МОЗ Про ліцензування медичної практики.  4.7. Сканований атестаційний або акредитаційний сертифікат лабораторії.  4.8. Проект договору згідно з Додатком 2.  4.9.Гарантійний лист щодо можливості виконання послуг в повному обсязі та у зазначений термін, надання контактної особи для організації проходження медоглядів працівниками .  4.10. Гарантійний лист від Учасника про залучення у разі потреби фахівців інших лікарських спеціальностей (кардіолога, ендокринолога, уролога тощо) | |

***\*Примітки:***

*-У разі, якщо Учасник відповідно до норм чинного Законодавства не зобов’язаний складати вказані документи, – такий Учасник надає лист-пояснення в довільній формі,за власноручним підписом уповноваженої особи Учасника та завірений печаткою (за наявності) в якому зазначає законодавчі підстави ненадання вищезазначених документів.*

*-У разі якщо учасник не надав у складі своєї тендерної пропозиції вищевказані документи, то Замовник має право відхилити тендерну пропозицію такого учасника.*

Таблиця 1

Обов'язковий медичний огляд працівників

Розрахунок вартості цінової пропозиції згідно переліку необхідних обстежень лікарів-спеціаластів, лабораторних та інших досліджень, що необхідні для проведення обов'язкових медичних оглядів працівників згідно наказу МОЗ України № 280 від 23.07.2002 «Щодо організації проведення обов’язкових профілактичних медичних оглядів працівників окремих професій, виробництв та організацій, діяльність яких пов’язана з обслуговуванням населення і може призвести до поширення інфекційних хвороб»

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Назва наказів** | **Наказ №280** | вартість, грн. з/без ПДВ | Всього, грн. |
| **Назва послуги** | кількість |
| 1 | Огляд лікаря терапевта | 189 |  |  |
| 2 | Огляд лікаря отоларинголога | 189 |  |  |
| 3 | Огляд лікаря стоматолога | 189 |  |  |
| 4 | Огляд лікаря дерматовенеролога (для чоловіків та жінок без мазка) | 186 |  |  |
| 5 | Огляд лікаря дерматовенеролога (з мазком на гонорею для жінок) | 3 |  |  |
|  | **Лабораторні дослідження** |  |  |  |
| 6 | Кров на РМП (Дослідження крові на сифіліс) | 3 |  |  |
| 7 | Дослідження на гельмінтози (кал) | 3 |  |  |
| 8 | Відбиток на ентеробіоз | 3 |  |  |
| 9 | Бактеріологічне дослідження на носійство кишкових інфекцій (Бакзасів кишкова група) | 3 |  |  |
| 10 | Дослідження мазка на gh trich (флора, гонорея) | 3 |  |  |
| 11 | Бактеріологічне дослідження на наявність патогенного стафілококу (мазок з горла та носа) | 30 |  |  |
|  | | | | |
| **чоловіки** | | **10** |  |  |
| **жінки** | | **179** |  |  |
|  | | | | |
| **Сума без ПДВ** | | |  |  |
| **ПДВ** | | |  |  |
| **Всього** | | |  |  |

Вартість послуг становить:

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

М.П.

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