Приложение

### Д О Г О В О Р №\_\_\_\_\_\_\_

г. Барановичи «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 2025 года

**Государственное учреждение «Барановичский зональный центр гигиены и эпидемиологии»**, именуемый в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», в лице заместителя главного врача Анискевич Ольги Романовны действующего на основании доверенности от 03.01.2025 № 1, с одной стороны и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (ФИО)

именуемый в дальнейшем «ЗАКАЗЧИК», с другой стороны заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя исполнение следующих видов работ и санитарно-эпидемиологических услуг (нужное подчеркнуть):

**1.1.1. Проведение клинических микробиологических исследований материала, предоставленного Заказчиком:**

**1.1.1.1. на предмет обнаружения ДНК, РНК методом ПЦР, COVID-19**;

**1.1.1.2. на кишечную группу инфекций, капельную группу инфекций, определение микрофлоры и чувствительности к антибактериальным средствам, дисбактериоз с определением чувствительности к антибиотикам, серологические исследования, паразитологические исследования и др.;**

**1.1.2.гигиеническое обучение с проведением оценки знаний;**

**1.1.3.проведение консультации по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия;**

**1.1.4. санитарно-гигиенические исследования (испытания);**

**1.1.5. измерения физических факторов;**

**1.1.6. санитарно-гигиенические услуги;**

**1.1.7. исследование клеща на Лайм-боррелиоз;**

**1.1.8. энтомологические услуги**

**2. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН**

**«Исполнитель» обязуется:**

2.1. Выставить и направить счет-фактуру в течение 10 дней с момента поступления заявки Заказчика;

2.2. Осуществлять забор клинического материала, проводить лабораторные исследования, оговоренные в п.1.1. в соответствии с требованиями действующих технических нормативных правовых актов (ТНПА).

2.3. Обеспечить конфиденциальность информации, достоверность и объективность результатов исследований (испытаний).

2.4. Выдавать результаты лабораторных исследований на бланке утвержденной формы в установленные сроки.

2.5. Сохранять конфиденциальность информации, полученной от Заказчика, не разглашать и не передавать любыми третьими лицами содержание оказываемых услуг, без предварительного согласия Заказчика, если иное не предусмотрено Договором или законодательством Республики Беларусь.

**«Заказчик» обязуется:**

2.6.Произвести 100% предоплату в течение трех дней с момента получения счета и представить платежные документы.

2.7. Предоставить «Исполнителю» необходимую для выполнения работ информацию.

2.8. Предоставить «Исполнителю» транспорт.

**3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

3.1.За неисполнение и ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь.

3.2.Сроки выполнения работ по Договору в течение четырнадцати дней с момента оплаты и представления платежных документов за данный вид услуги.

3.3. Сумма договора определяется выставленными счетами согласно прейскуранту. На оказываемые услуги исчисляется НДС согласно действующему законодательству Республики Беларусь.

3.4. Срок действия настоящего договора, при условии исполнения всех его обязательств сторонами,

устанавливается с «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025г. по «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025г.

 **4.ПОЧТОВЫЕ И ФИНАНСОВЫЕ РЕКВИЗИТЫ**

«ИСПОЛНИТЕЛЬ»: *Государственное учреждение «Барановичский зональный центр гигиены и эпидемиологии», 225415 г. Барановичи, ул. 50 лет ВЛКСМ, 9, р/с BY93 AKBB 3632 0012 6435 2130 0000 BYN, УНП 200149853, ЦБУ №127 ОАО «АСБ «Беларусбанк» г. Барановичи, БИК АKBBBY2Х*

 «ЗАКАЗЧИК»: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 «ИСПОЛНИТЕЛЬ» «ЗАКАЗЧИК»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП подпись подпись

Главному государственному санитарному врачу

г. Барановичи и Барановичского района

Александровичу В.В.

Ф.И.О пострадавшего, год рождения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Домашний адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ №\_\_\_\_

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

Прошу исследовать клеща на наличие на наличие ДНК/РНК вируса клещевого энцефалита, возбудителей болезни Лайма, гранулоцитарного анаплазмоза, моноцитарного эрлихиоз методом ПЦР.

Территория, где произошел укус: (лес, дача, подворье, парк, зона отдыха, лесопарковая зона города, и т.д.)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата укуса клеща\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; дата снятия клеща\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ заказчик **ознакомлен и согласен с методами и методиками**, применяемыми при испытаниях с правилом принятия решения ознакомлен;

☐ прошу **выдать заключение о соответствии**: по всем показателям;

☐ прошу выдать результат **без учета неопределенности выполнения измерений.**

Вручена памятка пострадавшему от укуса клеща \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись

Оплату гарантирую. Ознакомлен с порядком получения результата.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 дата подпись (инициалы, фамилия)

**Направление-результат**

**на исследование методом ПЦР иксодовых клещей**

Барановичский зональный ЦГиЭ

**Направление №\_\_\_\_\_\_\_\_**

**на исследование методом ПЦР от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.**

**иксодовых клещей:**

1. Фамилия, имя, отчество заказчика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Дата укуса клеща\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Дата снятия клеща\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Место (территория) укуса клещом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Лечение антибиотиками в связи с укусом клеща\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Направленно на выявление РНК (ДНК):

* РНК вируса клещевого энцефалита (TBEV)
* РНК возбудителя болезни Лайма (ЛБ)
* РНК возбудителей моноцитарного эрлихиоза человека (МЭЧ)
* ДНК возбудителя гранулоцитарного анаплазмоза человека (ГАЧ)

10. Результаты исследования:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Показатели | Результат исследования | Дата |
| 1 | РНК вируса клещевого энцефалита (TBEV) |  |  |
| 2 | РНК возбудителя болезни Лайма (ЛБ) |  |  |
| 3 | РНК возбудителей моноцитарного эрлихиоза человека (МЭЧ) |  |  |
| 4 | ДНК возбудителя гранулоцитарного анаплазмоза человека (ГАЧ) |  |  |

Специалист лабораторной диагностики \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (инициалы, фамилия)

Фельдшер-лаборант \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследований «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.

**Памятка пострадавшему от укуса клеща**

Клещи являются основными переносчиками клещевого энцефалита (КЭ), болезни Лайма (ЛБ), моноцитарного эрлихиоза человека (МЭЧ), гранулоцитарного анаплазмоза человека (ГАЧ).

При обнаружении присосавшегося клеща Вам необходимо обратиться в организацию здравоохранения для назначения курса профилактического лечения. Важно принять назначенный препарат в течение первых 72 часов после укуса клеща для достижения максимального профилактического эффекта.

Для определения наличия возбудителей КЭ, ЛБ, МЭЧ, ГАЧ в клеще на базе Барановичского зонального ЦГиЭ применяется метод полимеразной цепной реакции (ПЦР).

При получении положительного результата исследования Вам необходимо обратиться к врачу-инфекционисту.

Результат лабораторного исследования клеща не является основанием для постановки диагноза.

За результатом исследования Вам необходимо обратиться в кабинет № 14 по ул. 50 лет ВЛКСМ, 9 за получением результата исследования в письменном виде. Справка по телефону 41-78-62.

При не востребованности заказчиком результатов исследования в письменном виде по истечении 14 дней со дня оплаты услуги в случае положительного результата информация будет доведена по телефону, который необходимо указать в заявлении.