

Справка о соответствии Участника дополнительным требованиям (Форма 9)

(в случае Участника – Группы лиц, форма заполняется в отношении каждого)

(наименование Участника)

Участник подтверждает, что на момент подачи Заявки соответствует следующим требованиям*:

	Декларируемые сведения	Подтверждение Участником соответствия декларируемым сведениям	
		Подтверждаю	Не подтверждаю
1	Регистрация в установленном порядке на территории Российской Федерации		
2	Местонахождение на территории Челябинской области г. Челябинск		
3	Наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности (с указанием видов оказываемых услуг: предварительные и периодические медицинские осмотры; а также экспертиза профессиональной пригодности)		
4	Медицинская лаборатория, а также медицинские лаборатории, привлекаемые к выполнению исследований при проведении медицинских осмотров имеют действующую аккредитацию на все виды исследований, необходимые при проведении медицинских осмотров		
5	Наличие в штате врача-профпатолога который имеет послевузовское профессиональное образование или дополнительное образование – ординатура по специальности «профпатология» или профессиональную переподготовку по специальности «профпатология», сертификат по специальности «Профпатология», действующий в течение срока действия договора		
6	Наличие в штате всех необходимых профильных врачей-специалистов для обеспечения проведения профосмотра согласно представленного поименного списка (Приложение №2 к ТЗ)		
7	Наличие необходимого лабораторного и диагностического оборудования, инструментов, расходных материалов для качественного проведения медицинского осмотра работников		
8	Все средства измерений медицинского назначения, используемые в рамках проведения медицинского осмотра, имеют действующие свидетельства о поверке, выданные аккредитованным органом		

*В качестве подтверждения, Участник обязан приложить копии подтверждающих документов по каждому пункту.