**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\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Декларируемы сведения | Подтверждение Участником соответствия декларируемым сведениям |
| Подтверждаю | Не подтверждаю |
| 1 | Наличие в штате медицинского работника который должен иметь:1.1 Высшее и (или) среднее профессиональное образование, сертификат – соответствующий требованиям и характеру выполняемых работ (услуг);1.2 Специальную справку-допуск о прохождении обучения по знаниям правил организации и техники проведения прививок, а также приемов неотложной помощи в случае возникновения поствакцинальных осложнений.1.3 Заключение о прохождении медицинского осмотра пройденного в соответствии с требованиями Приказа Минздрава и соцразвития РФ от 12.04.2011 г. №302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда». |  |  |
| 2 | Наличие документального подтверждения трудовых отношений между медицинским работником, оказывающим услуги и медицинской организацией, оказывающей услуги Заказчику. |  |  |

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