职业健康检查服务委托书

（放射部分）

甲方：

乙方：赤峰市职业病防治医院

甲方委托乙方对用人单位从事接触职业病危害因素劳动者进行职业健康检查技术服务，并支付相应的技术服务报酬，双方经过平等协商，在真实、充分地表达各自意愿的基础上，达成如下协议，双方共同恪守。

一、依照《中华人民共和国职业病防治法》和《职业健康检查管理办法》、《放射工作人员职业健康监护技术规范》、《职业健康监护技术规范》（GBZ188-2014）规定，甲方委托乙方自2021年 月 日至 月 日，对从事接触放射因素的放射工作人员 名，进行上岗前、在岗期间和离岗时的职业健康检查，并将检查结果如实告知受检者，健康检查费用由用人单位（甲方）承担。

二、乙方受甲方委托,按《放射工作人员职业健康监护技术规范》规定的职业健康体检必检及选检项目，经双方协商确定体检项目如下：收费标准按《内发改费字（2004）1443号》和《内卫计字（1994）第305号》文件执行。

上岗前或离岗时检查项目及费用：体检项目为以下几项： 内科常规检查、血常规、尿常规、肝功能、肾功能、甲状腺功能、染色体、微核、血糖、彩超、心电图、后前位DR胸片、眼科。共计 1003.00 元。

在岗期间检查项目及费用：体检项目为以下几项： 内科常规检查、血常规、尿常规、肝功能、肾功能、甲状腺功能、染色体、血糖、彩超、心电图、后前位DR胸片、眼科。共计 853.00 元。

保证体检结束后30天内，将职业健康检查结果反馈给甲方

三、经友好协商，甲、乙双方确认，体检全部结束后，按照实际体检人数结算全部费用，否则不予出具体检报告。

甲方（委托方盖章）：

法定代表人或授权委托人（签字）：

联系人： 联系电话：

乙方（受托方盖章）： 赤峰市职业病防治医院

法定代表人或授权委托人：

联系人：王晓枫 联系电话： 15049916033 0476-8220187

开户名称：赤峰市职业病防治医院

开户行：中国农业银行股份有限公司赤峰分行长青支行

账号：05248301040003786

纳税人识别号：12150400MB1B02323B

银行行号：103194023117