ООО «СМНМ-ВИКО, инженерно-строительная компания»
Engineering Construction Company SMNM-VECO LLC
ул. Им. Б.Н. Егорова, д.39, каб.209 Южно-Сахалинск, 693004, Россия
тел/факс: (+7 4242) 500-001, office@smnm-veco.com, www.smnm-veco.com

РАСПОРЯЖЕНИЕ

№ 0004 18.01. 2023 года

«Об организации заезда на производственные объекты»

В целях сохранения жизни и здоровья персонала, реализации мер по недопущению распространения коронавирусной инфекции, обеспечения бесперебойного процесса работы производственных объектов ООО «Сахалинская Энергия» (далее - Заказчик) в условиях распространения коронавирусной инфекции (COVID-19),

НЕОБХОДИМО:

1. Персоналу ООО «СМНМ-ВИКО, ИСК», следующему на производственные объекты Заказчика, вне зависимости от режима и статуса самого объекта, соблюсти обязательные требования к заезду на объекты:

- иметь подтвержденный «ИММУННЫЙ» или «НЕИММУННЫЙ» статус на дату заезда на производственный объект в соответствии с требованиями, установленными для порогового значения антител для утвержденных тест-систем (подпункты 1.1, 1.2 пункта 1 Приложения № 1);
- предъявить согласие на обработку персональных данных (Приложение № 2);
- поддерживать иммунный статус в соответствии с требованиями, установленными для периодичности тестирования (подпункт 1.3 пункта 1 Приложения № 1);
- предъявить QR-код (обязательно в формате PDF с информацией о сроке действия), подтверждающий вакцинацию/ревакцинацию, перенесенное заболевание (при наличии);
- предъявить справку о медицинском отводе (при наличии);

Документы с результатами исследований на антитела IgG(S) количественным методом, QR-код (обязательно в формате PDF с информацией о сроке действия), справку о медицинском отводе, согласие на обработку персональных данных необходимо заблаговременно (не позднее чем за 20 дней до ближайшей вахты) направить на электронные адреса: immunestatus@smnm-veco.com. Согласие на обработку персональных данных требуется направить только один раз.

- предъявить отрицательный результат лабораторного исследования на наличие возбудителя COVID-19 (вирус SARS-CoV-2), выполненный методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) или экспресс-тестированием на определение антигена возбудителя COVID-19, сделанный не позднее чем за 48 часов до даты выезда из места проживания/пребывания на производственный объект или 72 часа для жителей удаленных районов, к которым относятся: Охинский район; Александровск-Сахалинский район; Ногликский район (кроме пгт. Ноглики); Тымовский район; Смирныховский район; Поронайский район; Томаринский район; Углегорский район; Макаровский район; Невельский район (с. Горнозаводск); Холмский район (с. Пожарское, с. Костромское, с. Яблочное); Корсаковский район (с. Чапаево);

северная часть Долинского района (с. Взморье и населенные пункты севернее, а также с. Быков); с. Синегорск; все районы Курильских островов лицензированными медицинскими учреждениями (пункт 3 Приложения № 1).

Полученный результат ПЦР или экспресс тестирования перед заездом необходимо предоставить в формате скан копии/копии/фото координаторам платформ на электронный адрес: SELLC-Offshore-PCR@sakhalin2.ru.

При отсутствии у работника перечисленных документов (полностью или частично либо их несоответствие требованиям настоящего распоряжения) работник не допускается на производственные объекты.

2. Возмещение затрат.

2.1 Возмещение затрат персонала за проведенные исследования на антитела IgG(S) производится по фактическим расходам согласно подтверждающих документов, для жителей Сахалинской области (за исключением Охинского района) и материковой части России не более 1700 рублей, для жителей Охинского района не более 2300 рублей;

2.2 Возмещение затрат персонала на тест ПЦР производится по фактическим расходам согласно подтверждающих документов в размере не более 3000 рублей за каждый тест.

Перечень документов, необходимых для возмещения, представлен в пункте 2 Приложения №1.

3. Распоряжения от 06.04.2022 № ПО/0040/ОД, от 03.08.2022 № ПО/0254/ОД отменить.

4. Службе охраны труда проводить проверку предоставляемых документов, указывать код учетного объекта и передавать оригиналы документов в бухгалтерию.

5. Контактные лица по вопросам проведения исследований:

- Максимов Р.В., тел.: 8 (4242) 493585, Добрынин Д.В., тел.: 8 (4242) 493585 (морские объекты);
- Трубич М.Б., тел.: 8 (4242) 493531 (наземные объекты).

6. Доведение до сведения работников настоящего распоряжения возложить на начальников управлений по обслуживанию и модернизации морских и наземных объектов Дзюбу Д.А. (морские объекты), Ильина В.И. (наземные объекты). Листы ознакомления предоставить руководителю службы охраны труда до 31.03.2023.

7. Контроль за исполнением пункта 2 настоящего распоряжения возложить на главного бухгалтера Титееву Н.В., контроль за исполнением пунктов 4, 6 настоящего распоряжения возложить на руководителя службы охраны труда Матвеева С.С.

8. Начальнику административного отдела Гладырь С.С. организовать ознакомление с распоряжением причастных к его исполнению лиц в трехдневный срок с даты его подписания.

Генеральный Директор -
Председатель Правления В.В. Будневский

Приложение № 1 к Распоряжению № 0004 *от* 18.01. *2023 г.*

1. Требования к исследованиям на антитела.

1.1 Исследования должны проводиться количественным методом определения (результат уровня антител выдается в единицах BAU/ml.), с использованием следующих тест систем:

№	Тест-система	Пороговое значение
1	Roche Elecsys SARS-CoV-2 S-ECLIA	15,0 BAU/ml
2	Abbott Anti-SARS-CoV-2 IgG II	7,1 BAU/ml
3	D-5505 SARS-CoV-2-IgG количественный-ИФА-БЕСТ	10,0 BAU/ml
4	DiaSorin LIAISON SARS-CoV-2 TrimericS IgG	33,8 BAU/ml
5	AProof® Corona Antikörpertest (SARS-CoV-2 IgG ELISA)	44,0 BAU/ml
6	Mindray Dio-Medical Electronics Co, SARS-CoV-2 (CLIA)	7,5 BAU/ml
7	Euroimmun Anti-SARS-CoV-2 QuantiVac ELISA (IgG)	35,2 BAU/ml

Исключением является проведение исследования наличия защитных антител против COVID-19 после вакцинации препаратом «ЭпиВакКорона», которое проводится специфической тест-системой на основе полуколичественного метода определения (результат уровня антител выдается в коэффициентах позитивности (КП)):

8	SARS-CoV-2-IgG-Vector (EpiVacCorona)	1,0 КП

Статус «ИММУННЫЙ» присваивается/подтверждается при получении результата исследования с фактическим уровнем антител в крови равному или выше установленного порогового значения для каждой конкретной тест-системы, используемой для исследования.

1.2 Результаты тестирования должны быть получены на официальном бланке лаборатории, проводившей исследования, в виде протокола/результата исследования на бумажном носителе или в электронном виде. Обязательные требования к протоколу/результату исследования:

- ФИО обследуемого;
- дата рождения;
- наименование лаборатории;
- дата сдачи биоматериала;
- наименование исследования;
- результат исследования в числовом выражении;
- единица измерения;
- референсные значения;
- используемая тест-система для определения антител.

1.3 Определение иммунного статуса и срок действия статуса.

На основе результатов исследования на антитела работнику может быть присвоен один из следующих статусов: «ИММУННЫЙ» или «НЕИММУННЫЙ».

Срок действия статуса «ИММУННЫЙ» составляет 6 месяцев с даты сдачи биоматериала на тестирование, при этом срок действия статуса не должен заканчиваться во время нахождения на объектах Заказчика (на вахте).

Для минимизации вероятности окончания статуса «ИММУННЫЙ» во время нахождения на вахте рекомендуется проведение тестирования каждые 3 месяца с даты последней сдачи биоматериала, но не позднее чем за 20 дней до даты заезда или визита на производственные объекты Заказчика.

Статус «НЕИММУННЫЙ» присваивается в следующих случаях:

- в случае если работник ранее не предоставлял сведения о результатах тестирования на антитела;

- автоматически по истечении 6-месячного срока действия «ИММУННОГО» статуса, при отсутствии новых результатов тестирования, подтверждающих «ИММУННЫЙ» статус;

- при получении результата исследования с фактическим уровнем антител в крови ниже порогового значения для конкретной тест-системы.

Срок действия статуса «НЕИММУННЫЙ» - неограниченно до получения статуса «ИММУННЫЙ».

Тестирование работника, имеющего статус «НЕИММУЕЕЫЙ», проводится перед каждым заездом или визитом на производственный объект Заказчика, но не ранее чем за 1 месяц до даты заезда или визита на производственные объект.

Заезд или визит на производственный объект Заказчика работника, имеющего статус «НЕИММУННЫЙ», возможен только при наличии QR-кода, подтверждающего вакцинацию/ревакцинацию против COVID-19, ранее перенесенное заболевание COVID-19, или медицинского отвода от вакцинации/ревакцинации. При этом срок действия QR-кода составляет по требованию Заказчика 6 месяцев, как с даты проведенной вакцинации/ревакцинации, так и с даты перенесенного заболевания, срок действия медицинского отвода равен установленному периоду медицинского отвода, сроки QR-кода, медицинского отвода не должны оканчиваться при нахождении работника на вахте.

2. Авансовый отчет на возмещение затрат работников по прохождению исследования предоставляется в течение 30 календарных дней. По окончании указанного периода авансовый отчет не принимается и возмещению не подлежит. Перечень документации для авансового отчета:

- договор на оказание платных услуг (оригинал);
- фискальный чек об оплате услуги (оригинал);
- справка (копия справки) с результатом исследования;
- заявление на возмещение платных услуг с подписью (Приложение № 3);
- заполненный реестр к авансовому отчету с подписью (Приложение № 4).

Авансовый отчет не принимается к возмещению в случае отсутствия и/или не соответствующего оформления документов.

При передаче документации необходимо учесть время, требующееся на обработку документов специалистом.

3. Лицензированные медицинские учреждения:

Клиника	Адрес	Сроки и условия
ISOS	г. Южно-Сахалинск, ул. Милицейская, 7/1	Будние дни: с 10:00 до 16:00, готовность – сразу же
Гемотест	г. Южно-Сахалинск, пр. Победы, 59, пом. 7	Будние дни: с 07:30 до 19:00, Выходные: с 08:00 до 14:00. готовность – через 15 минут
Инвитро	г. Южно-Сахалинск, ул. Победы, 76	Будние дни: с 07:30 до 20:00, Суббота: с 08:00 до 15:00, Воскресенье: с 9:00 до 15:00, готовность – через 1 час
Семейная Клиника	г. Южно-Сахалинск, ул. Емельянова, 21А	Будние дни: с 08:00 до 9:30, готовность – через 30 минут

Приложение № 2 к Распоряжению № 0007 *от* 18.01. *2023 г.*

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных (для взрослых)

Я_____,

(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу: _____,

(место регистрации)

паспорт _____, выдан _____,

(серия и номер) (дата, название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку

_____

(наименование компании и адрес)

(далее - Оператор) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии); пол; дата рождения; место рождения; гражданство; семейное положение; данные документа, удостоверяющего личность; место жительства; контактные телефоны и адрес электронной почты; место регистрации; дата регистрации; страховой номер индивидуального лицевого счета в системе обязательного пенсионного страхования; номер полиса обязательного медицинского страхования и полиса ДМС (при наличии); анамнез; диагноз; сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность; вид оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи; сроки оказания медицинской помощи; объем оказанной медицинской помощи; результат обращения за медицинской помощью; серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии); сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты; примененные порядки и стандарты медицинской помощи; сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования; фото/видеоизображение; место работы и должность. В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, а также я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета. Оператор имеет право: - при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчётных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения; - с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, предоставлять, передавать мои персональные данные страховым медицинским организациям, медицинским организациям, органам управления здравоохранения, должностным лицам моего работодателя

_____

(наименование компании),

а также оператору проекта моего работодателя

_____

(наименование оператора проекта),

ассистанс центру (при организации направления на лечение или медицинской эвакуации), при условии, что указанные предоставление, передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, в том числе трансграничную, обезличивание, блокирование, уничтожение, иные действия, предусмотренные законодательством следующими способами: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом. Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

_____ _____

(подпись, Ф.И.О.) (дата)

Согласие получено _____

(дата)

Уполномоченный представитель медицинской организации _____

(подпись, Ф.И.О.)

Приложение № 3 к Распоряжению № 0004 *от* 18.01 *2023 г.*

Генеральному директору-
Председателю Правления
ООО «СМНМ-ВИКО, ИСК»
В.В. Будневскому

от _____
(фамилия, имя, отчество)

_____
(должность, профессия)

_____
(Участок, Группа, подразделение)

Заявление

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ (_____) _____
(ФИО) *(дата)* *(подпись)*

Приложение № 4 к Распоряжению № 0007 *от* 18.01. *2023 г.*

Реестр к Авансовому отчету

Я, _____

(фамилия, имя, отчество полностью)

_____

(должность) (табельный номер)

_____ сдал авансовый отчет по оплате _____

(наименование авансового отчета)

В Южно-Сахалинск_____

(указать место сдачи авансового отчета)

Документы, составляющие авансовый отчет:

№ п/п	наименование документа	дата	номер документа	сумма

В количестве ____ приложений на общую сумму _____руб. _____коп.

Сдал "_____"_____" 202_г.

_____

(подпись) (расшифровка подписи)

СОГЛАСОВАНО:

Начальник юридической службы	_____	Е.Г. Альтгаузин
Советник Генерального директора - Председателя Правления по Корпоративному управлению	_____	П.П. Орешкин
Главный бухгалтер	_____	Н.В. Титеева
Заместитель Генерального директора - Председателя Правления по экономике и финансам	_____	Н.Б. Кузьменко
Руководитель службы охраны труда	_____	С.С. Матвеев

_____ Н.В. Титеева

_____ С.С. Матвеев

_____ Д.А. Дзюба

_____ В.И. Ильин

Исп. Максимов Р.В.
E-mail: Roman.Maksimov@smnm-veco.com
Тел.: (4242) 49 35 85