

Договор № _____
оказания платных медицинских услуг ГБУЗ «ГП № 45 ДЗМ»

г. Москва

«__»_____ 20 г.

(ФИО),
именуемый в дальнейшем «Потребитель», зарегистрированный по адресу _____, с одной стороны и

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 45 Департамента здравоохранения города Москвы», именуемое в дальнейшем «Учреждение», юридический адрес: г. Москва, 5-й Войковский проезд, дом 12, ОГРН 1037739781793, лицензия на осуществление медицинской деятельности от «06» ноября 2018 г. № ЛО41-01137-77/00367894, предоставлена Департаментом здравоохранения города Москвы по адресу г.Москва, Оружейный переулок, дом 43, стр.1, сроком действия: бессрочно, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Сваровски Екатерины Евгеньевны, действующего на основании Устава, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

Понятия, используемые в настоящем Договоре

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

платные медицинские услуги - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан или иных средств;

Потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Исполнитель - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Потребителям.

1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги в соответствии со Спецификацией (далее - медицинские услуги), являющейся неотъемлемой частью Договора (Приложение № 1), а Потребитель обязуется уплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: г. Москва, ул. Смольная, дом 55, корп.1 в соответствии с Прейскурантом платных медицинских услуг ГБУЗ «ГП № 45 ДЗМ», действующим на момент оказания таких услуг.

1.4. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

1.5. В медицинской карте Потребителя указываются его жалобы, поставленный ему диагноз, предложенные варианты лечения.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:

а) о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

б) данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) сведениях о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

г) других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора.

2.1.2. Оказывать Потребителю услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора, а при необходимости и дополнительные услуги в соответствии с требованиями порядков оказания медицинской помощи по соответствующему профилю. Дополнительные услуги оказываются только с предварительного письменного согласия Заказчика.

2.1.3. Не передавать и не оглашать третьим лицам находящуюся у Исполнителя документацию о Потребителе.

2.1.4. Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими организациями и специалистами.

2.1.5. Предоставлять при необходимости по просьбе Потребителя разъяснения о ходе оказания ему услуг.

2.1.6. Предоставить в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.1.7. Представлять для ознакомления по требованию Потребителя:

а) копию учредительного документа Исполнителя, положение о его отделении, участвующем в предоставлении платных медицинских услуг;

б) выписку из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности (Приложение № 2).

2.1.8. Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.9. Получить письменное согласие Потребителя на получение медицинской услуги, а также на обработку его персональных данных в рамках действующего законодательства.

2.2. Потребитель обязуется:

2.2.1. Соблюдать Правила оказания медицинских услуг, утвержденные Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

2.2.2. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.2.3. Подписывать своевременно Акты об оказании медицинских услуг Исполнителем (Приложение № 3).

2.2.4. Предоставить Исполнителю письменное добровольное согласие, выдаваемое в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (Приложение № 4).

2.2.5. Кроме того, Потребитель обязан:

- информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

- соблюдать правила поведения в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения;

- выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Получать от Потребителя любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

2.3.2. Требовать от Потребителя соблюдения Правил оказания медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

2.3.3. Требовать оплаты услуг, оказанных Потребителю по настоящему Договору.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.

2.4.2. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.5. Предоставление Исполнителем дополнительных услуг оформляется дополнительным соглашением Сторон и оплачивается дополнительно.

2.6. До заключения настоящего Договора Исполнитель уведомляет Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

2.7. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

3. Порядок исполнения Договора

3.1. Условия получения Потребителем медицинских услуг: амбулаторно.

3.2. Исполнитель представляет Потребителю письменный Акт об оказании медицинских услуг по настоящему Договору по завершению оказания медицинских услуг.

3.3. Подписываемые Сторонами Акты об оказании медицинских услуг являются подтверждением оказания услуг Исполнителем Потребителю.

3.5. Потребитель обязуется рассмотреть и подписать Акты об оказании медицинских услуг, представленные Исполнителем, в день их получения при условии отсутствия у Потребителя каких-либо замечаний к оказанным Исполнителем услугам.

При наличии замечаний к оказанным Исполнителем услугам Потребитель указывает об этом в Акте и после устранения Исполнителем всех выявленных замечаний подписывает Акт и передает один экземпляр Исполнителю.

3.6. При оказании услуг, не указанных в перечне, в соответствии с предусмотренным п. 2.5 настоящего Договора дополнительным соглашением Исполнитель представляет Потребителю дополнительный Акт об оказании медицинских услуг, который после подписания Сторонами является подтверждением оказания дополнительных услуг Исполнителем Заказчику Потребителю.

3.7. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя.

Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе. Согласие Потребителя оформляется по форме, установленной Приложением № 5 к настоящему Договору.

3.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.9. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. При этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

3.10. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

4. Стоимость услуг и порядок оплаты

4.1. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Потребителем в полном объеме при оформлении настоящего Договора на оказание медицинских услуг.

4.2. Потребитель обязан оплатить услуги в размере, предусмотренном в спецификации к Договору, в день заключения Договора.

4.3. Датой оплаты считается дата поступления денежных средств на счет ГБУЗ «ГП № 45 ДЗМ».

4.4. В случае необходимости оказания дополнительных услуг Потребитель оплачивает их по ценам, установленным Прейскурантом на момент оказания услуги.

4.5. В случае не оказания услуг Потребителю по уважительным причинам, предусмотренным настоящим Договором или медицинским противопоказаниям, Исполнителем производится перерасчет за фактически оказанные услуги и Потребителю осуществляется возврат излишне уплаченных средств.

5. Ответственность Сторон и форс-мажорные обстоятельства

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

5.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по сроку исполнения услуг Потребителю может быть предложено по его выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;
- потребовать исполнения услуги другим свободным специалистом;
- расторгнуть настоящий Договор и осуществить возврат денежных средств.

5.3. Нарушение установленных настоящим Договором сроков исполнения услуг определяются Законом Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 «О защите прав потребителей».

5.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

5.5. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 2 календарных дней с момента их наступления таких обстоятельств уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

5.6. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.7. Исполнитель и его работники, оказывающие услуги по настоящему Договору, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Потребителю медицинской помощи.

6. Порядок разрешения споров

6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

6.2. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7. Сроки по Договору

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по нему.

7.2. Сроки оказания услуг по настоящему Договору устанавливаются в Спецификации к настоящему Договору.

7.3. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

7.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

8. Заключительные положения

8.1. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

8.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8.3. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

8.3.1. Спецификация (Приложение № 1).

8.3.2. Выписка из реестра лицензий на медицинскую деятельность (Приложение N 2).

8.3.3. Акт об оказании медицинских услуг (Приложение N 3).

8.3.4. Информированное добровольное согласие (Приложение N 4).

8.3.5. Согласие на дополнительные медицинские услуги (Приложение № 5).

9. Адреса и реквизиты Сторон

Исполнитель:

Юридический адрес: 125171, г. Москва,

5-й Войковский проезд, д.12

Фактический адрес: 125171, г. Москва,

ул. Смольная, дом 55, корп.1

Телефон: (499) 638-30-50

ОГРН 1037739781793

ИНН 7712029193 КПП 774301001

ОКТМО 45336000

Департамент Финансов города Москвы

(ГБУЗ «ГП № 45 ДЗМ» л/с 2605441000450528)

ГУ Банка России по ЦФО // УФК по г. Москве

Счет получателя (р/с) 03224643450000007300

Счет Банка получателя(к/с) 40102810545370000003

БИК 004525988

КБК 05400000000131131022

Главный врач

_____ / Е.Е. Сваровски

Потребитель:

Адрес:

Паспортные данные:

Телефон:

Потребитель

_____ / _____

(подпись)

(ФИО)

Перечень платных услуг, оказываемых «ГБУЗ ГП № 45 ДЗМ»

Код услуги	Наименование медицинской услуги	Стоимость услуги руб.

Потребитель:

ФИО: _____

Паспорт: _____

Выдан: _____

Дата выдачи: _____

Код подразделения: _____

Адрес: _____

Тел. _____

Потребитель

_____ / _____ /

Исполнитель №1:

Главный врач

«ГБУЗ ГП № 45 ДЗМ»

_____ Е.Е.Сваровски

М.П.

АКТ № _____
об оказании услуг
по Договору от _____ 202__ года № _____

_____ (ФИО),
именуемый в дальнейшем «Потребитель», зарегистрированный по
адресу _____, с одной стороны и

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 45
Департамента здравоохранения города Москвы», именуемое в дальнейшем «Учреждение», юридический
адрес: г. Москва, 5-й Войковский проезд, дом 12, ОГРН 1037739781793, лицензия на осуществление
медицинской деятельности от «06» ноября 2018 г. № ЛО41-01137-77/00367894, предоставлена
Департаментом здравоохранения города Москвы по адресу г.Москва, Оружейный переулок, дом 43,
стр.1, сроком действия: бессрочно, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача
Сваровски Екатерины Евгеньевны, действующего на основании Устава, с другой стороны, совместно
именуемые «Стороны», составили настоящий акт о нижеследующем:

1. В соответствии с Договором оказания платных медицинских услуг от _____
202__ года № _____ (далее – Договор) Исполнитель выполнил обязательства по оказанию услуг
в полном объеме:

п/п	Код медицинской услуги	Наименование услуги	Цена за 1 ед. услуги, руб. (без НДС)	Кол-во оказанных услуг
		ВСЕГО:		

На общую сумму _____ (сумма прописью) руб.

2. Качество услуг Исполнителя соответствует требованиям договора.

3. Недостатки услуг не выявлены.

4. Стороны не имеют претензий по объему, качеству и срокам выполнения своих обязательств по
Договору.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н1 (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в _____
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« _____ » _____ г.
(дата оформления)

Приложение № 4
к Договору № _____ от _____ 202__ года

Согласие работника на обработку персональных данных

Я, _____, паспорт: серия _____ № _____,
(Ф.И.О. работника)

выдан

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации)

в рамках договора на оказание платных медицинских услуг (далее – Договор) в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ О персональных данных настоящим подтверждаю свое согласие на обработку уполномоченными сотрудниками ГБУЗ «ГП № 45 ДЗМ» моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, место рождения, дата рождения, гражданство, место и дата регистрации, место жительства, адрес проживания, данные (реквизиты) документа, удостоверяющего личность (паспорта), адрес электронной почты, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья (включая, в том числе, но не исключительно, анамнез, диагноз), случаях обращения за медицинской помощью, перечень, срок и объем оказанной медицинской помощи и иные персональные данные, обрабатываемые в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

Предоставляю ГБУЗ «ГП № 45 ДЗМ» право осуществлять все действия (операции) с моими Персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление строго в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

Я вправе отозвать свое согласие на обработку Персональных данных посредством передачи ГБУЗ «ГП № 45 ДЗМ» соответствующего письменного заявления на бумажном носителе.

« _____ » _____ 202 ____ г.

_____/_____
(подпись) (ФИО)