

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская поликлиника № 191 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГП № 191 ДЗМ»), именуемый в дальнейшем «Исполнитель» в лице главного врача Соколовой М.В., действующего на основании Устава с одной стороны и _____, именуемый в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги на основании перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО 77-01-011954 лицензии от «21» марта 2016г.), выданной Департаментом здравоохранения города Москвы (127006 г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, тел. 8 (499) 2518300), а Потребитель на основе добровольного информированного согласия приобретает медицинскую услугу на возмездной основе за счет личных средств.

2. Обязанности и права сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказывать Потребителю платные медицинские услуги соответствующие лицензионным требованиям, стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, условиям договора, нормативным документам (требованиям), установленным Министерством здравоохранения РФ, федеральными законами и другими.

2.1.2. Платные медицинские услуги предоставлять в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.1.3. При оказании платных медицинских услуг применять методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

2.1.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.5. Предоставлять Потребителю по его требованию и в доступной для него форме информацию: о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.6. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдать документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

2.1.7. После исполнения договора выдать потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

2.1.8. По требованию Потребителя оплатившего услуги, выдать Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации по установленной форме.

2.2. «Потребитель» обязуется:

2.2.1. Оплатить предоставленную Исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены договором.

2.2.2. Предоставить Исполнителю полную информацию и документы (копии документов), касающихся состояния своего здоровья, перенесенных заболеваний, аллергических реакциях, противопоказаниях, которыми он располагает на момент заключения настоящего договора и в течении его действия.

2.2.3. Выполнять рекомендации лечащего врача, информировать Исполнителя о невыполнении сделанных им назначений и причинах этого.

2.2.4. Соблюдать правила поведения в медицинском учреждении, режим работы Медицинской организации.

2.2.5. В случае возникновения условий, предусмотренных п.2.1.5. настоящего Договора, Потребитель обязуется произвести доплату в соответствии с прейскурантом.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Требовать от Потребителя своевременной оплаты за оказанные по настоящему Договору услуги;

2.3.2. В случае отказа Потребителя от услуг, которые могли бы по мнению «Исполнителя», уменьшить или снять опасность для его здоровья, получить от него соответствующую расписку об отказе от медицинского вмешательства.

2.3.3. Незамедлительно ставить в известность Потребителя о возникновении условия невозможности оказать медицинскую услугу по объективным причинам (болезнь специалиста, поломка аппаратуры и т.п.), о возникновении обстоятельств, которые могут привести к сокращению оказываемых медицинских услуг, о выявлении у Потребителя заболевания (состояния) не по профилю направления, а также противопоказания к предоставлению медицинской услуги.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Требовать от Исполнителя надлежащего исполнения обязательств в соответствии с условиями Договора;

2.4.2. Требовать от Исполнителя предоставления надлежащим образом оформленных документов в соответствии с условиями Договора, подтверждающих исполнение обязательств.

2.4.3. В любое время отказаться от исполнения настоящего договора, оплатив Исполнителю услуги, оказанные до получения извещения о расторжении настоящего договора, и возместив Исполнителю расходы, произведенные до этого момента в целях исполнения настоящего договора.

2.4.4. Отказ от медицинского вмешательства.

3. Условия предоставления услуг

3.1. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

3.2. При предоставлении платных медицинских услуг Исполнитель обязан соблюдать врачебную тайну и обеспечить конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.

4. Сроки и порядок расчетов

4.1. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Потребителем в полном объеме в день оказания услуги в размере 100 % предоплаты. Сумма по договору составляет: _____).

4.2. Оплата медицинских услуг осуществляется путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя с выдачей Потребителю документа, подтверждающего оплату.

5. Ответственность сторон за невыполнение условий договора

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

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

5.3. Возникающие противоречия, касающиеся условий выполнения данного договора, Стороны обязуются решать прежде всего с помощью переговоров.

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

6. Порядок изменения и расторжения договора

6.1. Настоящий Договор может быть расторгнут, изменен и (или) дополнен по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных гражданским законодательством РФ.

6.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору, будут действительны только при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон (либо ими лично).

7. Срок действия договора

7.1. Договор вступает в силу с момента оплаты Пациентом медицинских услуг в порядке, предусмотренном п. 4.1. настоящего договора и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств по настоящему договору.

8. Обстоятельства освобождающие от ответственности

8.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения настоящего договора, в результате обстоятельств чрезвычайного характера, которые сторона не могла предвидеть (пожар, наводнение, землетрясение, иные явления природы, а также военные действия, решение органов государственной власти и другие обстоятельства, находящиеся вне контроля сторон).

9. Прочие условия

9.1. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская поликлиника № 191 Департамента здравоохранения города Москвы» 107065, г. Москва, ул. Алтайская, д. 13 тел. (495) 460-36-34, факс (495) 460-36-33 ИНН 7718110852 ОГРН 1027739887526 info@gp191.zdrv.mos.ru ДЕПАРТАМЕНТ ФИНАНСОВ ГОРОДА МОСКВЫ (ГБУЗ «ГП № 191 ДЗМ» л/с 2605442000630206) Отделение 1 Москва, р/с 40601810000003000002, БИК 044583001	Потребитель: Ф.И.О. _____ Паспорт: Серия _____ № _____ Кем выдан: _____ Дата выдачи _____ Адрес: _____ тел.: _____
---	--

Главный врач ГБУЗ «ГП № 191 ДЗМ»
_____ М.В. Соколова

Потребитель:

**Информированное добровольное согласие пациента
на предоставление медицинских услуг на платной основе
и согласие на обработку персональных данных**

Главному врачу Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Городская поликлиника № 191 Департамента здравоохранения города Москвы» М.В. Соколовой
От _____

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», я _____, дата рождения _____, в рамках Договора от _____ г., № _____ желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ «ГП № 191 ДЗМ», по адресу: _____, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я ознакомился (ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован (а). Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи. Я ознакомлен с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях. Получив от сотрудников ГБУЗ «ГП № 191 ДЗМ» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в ГБУЗ «ГП № 191 ДЗМ», даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и одновременно несколько видов медицинских услуг.
3. Я проинформирован (а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги именно в ГБУЗ «ГП № 191 ДЗМ».
4. Я уведомлен, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
5. Я подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ «ГП № 191 ДЗМ» моих персональных данных, включающих: Фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ.
6. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущество предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Пациент: _____, паспорт серия _____ № _____,
выдан _____.

Дата: _____ г.

Подпись: _____/_____/

Настоящее соглашение подписано Пациентом после проведения разъяснительной беседы и является приложением к Договору об оказании платных медицинских услуг.