

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**  
**на оказание платных медицинских услуг**

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 г.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская поликлиника № 191 Департамента здравоохранения города Москвы»** (ОГРН 1027739887526 от 25.12.2002г), именуемый в дальнейшем «**Исполнитель**» в лице Заведующего отделением по оказанию платных медицинских услуг – врача-методиста Копанева А.А., действующего на основании Доверенности № б/н от 06.07.2020г. 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 лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО 77-01-015515 от «22» января 2018г.), 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 в соответствии с Приложением 1 к настоящему договору, с лицензионными требованиями, стандартами и порядком оказания медицинской помощи, условиями договора, нормативными документами (требованиями), установленными Министерством здравоохранения РФ, федеральными законами.

**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 реакций, 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 определяется в соответствии с Приложением №1 настоящего договора.

**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 <a href="mailto:gp191@zdrav.mos.ru">gp191@zdrav.mos.ru</a> 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.: _____
---	---

Заведующий отделением по оказанию платных медицинских услуг-врач-методист

\_\_\_\_\_ А.А. Копанев

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: г. Москва, ул. Алтайская, д.13, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

Я ознакомился (ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 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.

1. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и одновременно несколько видов медицинских услуг.

2. Я проинформирован (а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение медицинской услуги:

\_\_\_\_\_ указать наименование услуги \_\_\_\_\_ именно в ГБУЗ «ГП № 191 ДЗМ».

3. 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.

4. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27 июля 2006г. № 152-ФЗ и Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на обработку ГБУЗ «ГП № 191 ДЗМ», расположенным по адресу: г. Москва, ул. Алтайская, д. 13 (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

Работодател \_\_\_\_\_

Супруг(а) \_\_\_\_\_

Мать \_\_\_\_\_

Отец \_\_\_\_\_

Сын \_\_\_\_\_

Дочь \_\_\_\_\_

Иные лица \_\_\_\_\_

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

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.