

Договор №
на предоставление платных медицинских услуг

г. Москва

_____ 202_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника № 86 Департамента здравоохранения города Москвы» включено в Единый государственный реестр юридических лиц, ОГРН 1037700160618, включено в реестр государственных учреждений Департамента здравоохранения города Москвы, оказывающих платные услуги, согласно письму Департамента здравоохранения города Москвы № 60-18-15691/1 от 15.10.2013, имеющее лицензию на медицинскую деятельность №ЛО41-01137-77/00368122 от 11.12.2020 г., действующей на основании Доверенности №_____, в лице администратора _____, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» и гражданин(ка): _____, законный представитель несовершеннолетнего пациента, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, при совместном упоминании «Стороны», заключили настоящий Договор (далее — Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать _____, _____ года рождения, именуемому в дальнейшем «Пациент», на возмездной основе платные медицинские услуги в объеме и в сроки согласно Приложению №1, являющемуся неотъемлемой частью данного Договора.

1.2. Объем оказываемых по настоящему Договору услуг определяется общим состоянием здоровья Пациента, индивидуальными особенностями организма Пациента, медицинскими показаниями (противопоказаниями) по лечению выявленных заболеваний (патологий), желанием Пациента и (или) Заказчика и организационно-техническими возможностями Исполнителя.

1.3. Качество медицинских услуг должно соответствовать условиям Договора, а при отсутствии в Договоре условий об их качестве — требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

1.4. В период действия Договора Исполнитель предоставит медицинские услуги только при наличии подписанного Заказчиком (или Пациентом старше 15 лет) информированного добровольного согласия (приложение № 2 к Договору) и в соответствии с перечнем платных услуг и прейскурантом цен на платные медицинские услуги.

Факт заключения данного Договора не является основанием предоставления Пациенту платных медицинских услуг в первоочередном порядке.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

2.1. Стоимость медицинских услуг определяется на основании действующего Прейскуранта, утвержденного Главным врачом Поликлиники.

2.2. В момент подписания настоящего Договора Заказчик ознакомлен с действующим прейскурантом, понимает содержащуюся в нем информацию и согласен с ценами на медицинские услуги (подпись): _____/_____/.

2.3. Оплата за медицинские услуги по настоящему Договору осуществляется Заказчиком единовременно до момента начала оказания услуги (услуг) путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя в размере 100% стоимости медицинских услуг, указанных в Приложение № 1 к Договору.

2.4. В случае, если стоимость оказанных медицинских услуг окажется менее внесенной суммы, Исполнитель обязуется вернуть разницу по письменному заявлению Заказчика.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. По требованию Пациента и (или) Заказчика в доступной форме предоставить ему информацию, а также документы для ознакомления:

- сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности;
- перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;
- порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с территориальной программой государственных гарантий;
- сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- режим работы медицинской организации, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;
- копию учредительного документа медицинской организации, положение об отделении, участвующем в предоставлении платных медицинских услуг;
- копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией;
- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его

профессиональном образовании и квалификации);

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

- 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.

3.1.2. Обеспечить Пациенту и (или) Заказчику непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья. После получения платных медицинских услуг на основании письменного заявления Заказчика выдать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов Пациента.

3.1.3. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных форм, порядку и срокам их представления.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Отказать Пациенту и (или) Заказчику в оказании медицинской помощи, в случае, нарушения им условий п. п. 2.3., 3.3.5. настоящего Договора.

3.2.2. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг в случае, если существует угроза жизни или здоровью Пациента.

3.3. Заказчик обязуется:

3.3.1. Оплатить предоставленную Исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, определенные данным Договором.

3.3.2. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.3.3. Выполнять Правила внутреннего распорядка, требования и предписания медицинского персонала поликлиники как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.

3.3.4. Регулярно выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима поликлиники.

3.3.5. Предоставить письменное согласие на обработку Исполнителем его персональных данных (приложение № 3 к Договору).

3.3.6. Бережно относиться к имуществу поликлиники.

3.3.7. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Пациентом и (или) Заказчиком настоящего Договора.

3.4. Пациент имеет право на:

3.4.1. Диагностику, лечение в медицинской организации в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

3.4.2. Облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами.

3.4.3. Получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, выбор лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

3.4.4. Защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

3.4.5. Отказ от медицинского вмешательства.

3.4.6. Возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи.

4.СРОК ДЕЙСТВИЯ И УСЛОВИЯ ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента начала фактического выполнения обязательств, принятых сторонами по настоящему Договору, и действует до полного их исполнения.

Дата и время (сроки) оказания медицинских услуг определяются, как правило, заблаговременно, в результате их согласования между Исполнителем и Заказчиком, как при их личном визите в поликлинику, по телефону, а также с использованием возможностей всемирной компьютерной сети Интернет.

При согласовании сроков оказания медицинских услуг Исполнитель исходит из графика работы и занятости врачей и лечебно-диагностических служб.

4.2. Настоящий Договор может быть изменен, либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, либо в одностороннем порядке путем оформления Соглашения, подписанного Исполнителем и Заказчиком, в случаях:

- в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору, перечисленных в п. 5.5, 5.6 настоящего Договора;

- при наступлении обстоятельств, перечисленных в п. 5.8. настоящего Договора.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Исполнитель несет ответственность за оказанные Пациенту медицинские услуги, включая сохранение врачебной тайны о факте его обращения за медицинской помощью, о состоянии его здоровья и другие сведения в соответствии с требованиями Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за качество медикаментов и расходного медицинского материала, приобретенного Пациентом и (или) Заказчиком самостоятельно и использованного при лечении.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом и (или) Заказчиком условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

5.4. В случае досрочного расторжения Договора по инициативе Заказчик, Заказчик оплачивает Исполнителю фактически оказанные медицинские услуги, а также возмещает фактически понесенные поликлиникой убытки в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.5. При несоблюдении Пациентом и (или) Заказчиком обязательств по исполнению договора (отказа Пациента и (или) Заказчика от получения медицинских услуг без уважительной причины) возврат денежных средств за оплаченную услугу не производится. Под уважительной причиной понимается болезнь Пациента (с предъявлением документа, подтверждающего временную нетрудоспособность).

5.6. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Пациент и (или) Заказчик вправе по своему выбору

назначить новый срок оказания услуги, потребовать исполнения услуги другим специалистом (в случае временной нетрудоспособности специалиста, оказывающего медицинскую услугу), либо потребовать возврат денежных средств за не оказанную медицинскую услугу.

5.7. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае невозможности достижения согласия — в суде (Арбитражном суде г. Москвы), в соответствии с их компетенцией и с учетом условий, предусмотренных настоящим Договором.

5.8. Исполнитель освобождается от ответственности в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Пациента, а так же в случае, если Пациент и (или) Заказчик не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

Исполнитель не несёт ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств, вызванных действием непреодолимой силы, возникших после заключения Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые соответствующая сторона договора не могла ни предвидеть, ни предотвратить разумными мерами (форс-мажор).

К таким событиям чрезвычайного характера относятся: наводнение, пожар, землетрясение, взрыв, шторм, оседание почвы, эпидемии и иные стихийные явления природы, техногенные происшествия, в том числе выход из строя медицинского оборудования, война, военные действия, введение на соответствующей территории чрезвычайного или военного положения, изменение законодательства или иных нормативных актов, регулирующих необходимые условия Договора, иные события непредсказуемого характера, предотвратить которые имеющимися в распоряжении Исполнителя силами и средствами не представлялось возможным.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

6.1. Исполнитель обязуется охранять информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

6.2. С письменного согласия Пациента и (или) Заказчика допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента.

6.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента и (или) Заказчика допускается в целях обследования и лечения Пациента, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Настоящий Договор составлен в 2 экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

8. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:

Заказчик:

Государственное бюджетное учреждение

здравоохранения города Москвы

Детская городская поликлиника №86

Департамента здравоохранения

города Москвы

Адрес: 125412 г. Москва

Коровинское шоссе дом 36а

тел: (495) 486-57-72

Факс: (495) 486-57-53, 486-57-73

Администратор

Юридический адрес:

125412, г. Москва, Коровинское шоссе, д.36А

ОГРН 1037700160618

ИНН 7713046441 КПП 771301001

Департамент финансов города Москвы

ГБУЗ «ДГП № 86 ДЗМ»

л/с 2605442000770184

р/с 40601810245253000002

в ГУ Банка России по ЦФО

Приложение № 1

к
Договору
№

о
т

ПЕРЕЧЕНЬ

ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПОДЛЕЖАЩИХ ОКАЗАНИЮ ПОТРЕБИТЕЛЮ

Дата

Потребитель _____

№	Код и наименование услуги по прейскуранту	Цена (руб.)	Кол.	Сумма(ру б.)
1				
2				

Итого (руб):

Итого на сумму: _____

От Исполнителя _____
(подпись)

Заказчик: _____ /
(подпись)

**Добровольное согласие пациента на предоставление
медицинских услуг на платной основе**

Я, _____ г. рождения даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения мной /или несовершеннолетним, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), платных медицинских услуг в рамках договора в отделении платных медицинских услуг ГБУЗ «ДГП № 86 ДЗМ».

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказания мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Мне разъяснено, и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении операции и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.
4. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, не несет ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных медицинских услуг (согласно приложению №1), которые я хочу получить в отделении платных медицинских услуг ГБУЗ «ДГП № 86 ДЗМ» и согласен(на) оплатить лечение.
7. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.
8. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в кассу отделения платных медицинских услуг ГБУЗ «ДГП № 86 ДЗМ».
9. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня (или) Пациента заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в отделении платных медицинских услуг ГБУЗ «ДГП № 86 ДЗМ».
10. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон, подпись)

(подпись)

(Ф.И.О. сотрудника медицинского учреждения)

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

Приложение № 3

к договору № _____

от _____ 202 г.

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся(ая) _____
(Ф.И.О. полностью)

Паспорт:
Адрес:
Телефон:

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" подтверждаю свое согласие на обработку **Государственным бюджетным учреждением здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника № 86 Департамента здравоохранения города Москвы»** (125412, г. Москва, Коровинское ш., д. 36А) (далее - Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мной несовершеннолетнего _____ включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности, в том числе свидетельства о рождении), реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном Фонде России (СНИЛС), место работы, учебы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора.

В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию -заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Оператор имеет право обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ОМС/ДМС, договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией - заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ОМС/ДМС, договору оказания платных медицинских услуг с использованием электронных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я также даю/не даю (ненужное зачеркнуть) Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мной номер мобильного телефона).

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет для стационара, пять лет – для поликлиники.

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа (по почте заказным письмом с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Подпись субъекта персональных данных _____ / _____ /
(или его законного представителя)

Сведения в электронную базу данных внесены:

Дата:

Оператор _____