

## **Форма Договора на оказание платных медицинских услуг с физическими лицами**

**Москва**

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы Городская поликлиника № 66 Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ»), зарегистрированное в качестве юридического лица (свидетельство ЕГРЮЛ от 10.10.2012 г. серия 77 № 015666192, выдано Межрайонной инспекцией ФНС России №46 по г. Москвы), в лице: \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны, и гражданин(ка) \_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем Потребитель (или законный представитель), с другой стороны, совместно именуемые Стороны, заключили настоящий Договор на оказание медицинских услуг (далее – Договор) о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель на основании лицензии на право осуществления медицинской деятельности № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года, выданной Департаментом здравоохранения города Москвы (127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, тел. 8 (499) 251-83-00), берет на себя обязательство оказать медицинские услуги (в соответствии с перечнем видов медицинской помощи указанных в приложениях к лицензии, являющихся неотъемлемой частью настоящего Договора) (далее - Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Потребитель (или законный представитель) обязуется оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим Договором.

1.2. Виды диагностического обследования и лечения, рекомендованные Потребителю, указаны в Приложении N 1 к Договору, являющемся его неотъемлемой частью.

### 2. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Услуги по настоящему Договору оказываются Исполнителем в качестве платной медицинской помощи за счет личных средств Потребителя (или законного представителя). Потребителю (или законному представителю) разъяснен порядок и условия получения данной медицинской услуги на безвозмездной основе в рамках программы (территориальной программы) государственных гарантий, в т.ч. в других медицинских организациях. С перечнем услуг Потребитель (или законный представитель) ознакомлен.

2.2. Объем Услуг, которые Исполнитель вправе и может оказать Потребителю в рамках настоящего Договора, определяется в соответствии с обращением Потребителя (или законного представителя) и оформляется в виде перечня медицинских услуг, подписываемого Потребителем (или законным представителем), и являющегося приложением к настоящему Договору.

2.3. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с Положением о порядке и условиях предоставления платных услуг в ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ» и действующим Прейскурантом цен на медицинские услуги, с которым Потребитель (или законный представитель) ознакомлен.

2.4. Предоставление услуг по настоящему договору происходит в день обращения или в порядке предварительной записи Потребителя (или законного представителя) на прием,

которая осуществляется через регистратуру Исполнителя посредством телефонной и иной связи.

2.5.Срок оказания медицинских услуг составляет: с момента подписания сторонами настоящего договора по 31.12.20\_\_ г.

2.6. 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 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.7.По факту исполнения сторонами своих обязательств по настоящему договору, стороны подписывают Акт о выполнении платных услуг (Приложение № 3 к настоящему Договору).

### 3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

#### 3.1. Исполнитель обязуется:

- обеспечить надлежащее качество медицинских услуг, в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями и в срок, указанный в данном Договоре

- предупредить Потребителя (или законного представителя) о необходимых ограничениях при проведении лечения и диагностики и возможных негативных последствиях в случае нарушения Потребителем рекомендаций специалистов Исполнителя;

- в случае невыполнения взятых обязательств возместить Потребителю (или законному представителю) стоимость лечения;

- предупреждать Потребителя (или законного представителя), в случае если при предоставлении указанных в договоре платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором;

- не предоставлять Потребителю дополнительные медицинские услуги на возмездной основе без согласия Потребителя (или законного представителя);

#### 3.2. Исполнитель вправе:

- требовать от Потребителя (или законного представителя) соблюдения: графика прохождения процедур; внутреннего режима нахождения в амбулатории; режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний;

- в одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему договору при неисполнении Потребителем своих обязательств. При этом Исполнитель возмещает Потребителю (или законному представителю) стоимость пропорционально оставшемуся сроку лечения за вычетом 10 процентного штрафа от общей суммы лечения в качестве компенсации за вынужденный простой персонала и оборудования Исполнителя;

- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором.

#### 3.3. Потребитель (или законный представитель) обязуется:

- оплатить услуги в порядке и в сроки, установленные настоящим договором;

- обязуется выполнять требования медицинского персонала, обеспечивающие безопасность и качественное предоставление медицинской услуги, в т. ч. выполнять рекомендации лечащего врача;

- соблюдать график приема врачей-специалистов;

- соблюдать внутренний режим нахождения в амбулатории;

- до назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на протекание или лечение заболевания;

3.4. Потребитель (или законный представитель) имеет право:

- выбора специалиста врача (с учетом его согласия);

- на информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств (Приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. N 1177н);

- отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме);

- получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья, протекании лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т.д.;

- отказаться от получения Услуги (до момента начала ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги. При этом пациент (или законный представитель) пишет заявление о возврате денежных средств на имя Главного врача, указывая в заявлении форму выплаты (безналичным и наличным расчетом) (форма заявления указана в Приложении 4 к настоящему Договору). Срок возврата определяется по согласованию сторон.

#### 4. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Стоимость Услуг устанавливается действующим прейскурантом, согласно Приложению № 1 настоящего Договора.

4.2. Потребитель производит оплату медицинских услуг непосредственно в день оказания соответствующих медицинских услуг в размере 100-ной стоимости услуг. Потребителю в соответствии с законодательством выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

4.3. Оплата услуг по настоящему Договору производится путем наличного и безналичного расчета в установленном порядке. Оплата поступает на расчетный счет Исполнителя, указанный в разделе 11 настоящего Договора.

#### 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием действия обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор).

5.3. Исполнитель не несет ответственности за медицинские осложнения, возникшие в результате нарушения Потребителем предписаний и рекомендаций Исполнителя.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за недостоверность сведений, внесенных в амбулаторную карту Потребителя, в случае выноса Потребителем (или

законным представителем) амбулаторной карты за пределы лечебного учреждения Исполнителя.

5.5. Исполнитель несет ответственность за качество и набор действий, составляющих платную медицинскую услугу, которые определяются действующим в момент ее оказания медико-экономическим стандартом или договором на оказание услуг.

5.6. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем только за умышленные виновные действия персонала. Исполнитель не несет ответственности за действия третьих лиц.

5.7. Потребитель (или законный представитель) несет ответственность за полноту и достоверность предоставленных Исполнителю сведений.

5.8. Потребитель несет ответственность за прямой действительный ущерб, нанесенный Исполнителю, в соответствии с действующим законодательством РФ.

## 6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

6.1. Любая информация о состоянии здоровья Потребителя, порядке и ходе оказания Услуг, а также связанная с оказанием Услуг медицинская документация является конфиденциальной и не подлежит разглашению третьим лицам, за исключением прямо установленных действующим законодательством случаев.

6.2. Потребитель (или законный представитель) дает Исполнителю письменное согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя (Приложение № 2 к настоящему Договору), в объеме и способами, указанными в Федеральном законе № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем своих обязательств по настоящему договору.

## 7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий Договор может быть изменен и расторгнут по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных гражданским законодательством РФ.

7.2. Настоящий договор может быть также расторгнут в случае отказа Потребителя (или законного представителя) после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг (в этом случае Исполнитель информирует Потребителя (или законного представителя) о расторжении договора по инициативе Потребителя (или законного представителя), а Потребитель (или законный представитель) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору).

7.3. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору возможны только по соглашению сторон и подлежат письменному оформлению в виде дополнительных соглашений к настоящему Договору подписанных сторонами.

## 8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий договор вступает в действие с момента его подписания сторонами и действует до **31.12.20\_\_** г. Настоящий договор может быть изменен, расторгнут по соглашению сторон.

8.2. Договор также расторгается в случае отказа Потребителя (или законного представителя) после заключения договора от получения медицинских услуг. При этом

Потребитель (или законный представитель) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

#### 9. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

9.1. В случае возникновения споров Стороны примут все меры для их разрешения путем переговоров.

9.2. При не достижении согласия по спорным вопросам путем переговоров, спор разрешается в соответствии с действующим законодательством.

#### 10. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

10.1. Договор составлен в количестве - по одному экземпляру для каждой Стороны, имеющих равную юридическую силу.

10.2. Все Изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными, если они совершены в письменном виде и подписаны сторонами надлежащим образом.

#### 11. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

**Исполнитель:** ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ», ИНН 7720270028/ КПП 772001001, ОГРН 1037720013704

Адрес: 111672, г. Москва, ул. Салтыковская, д.11Б, Тел./факс: 8(495)701-76-55.

Р/с 40601810245253000002 в ГУ Банка России по ЦФО, БИК 044525000

Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «ГП №66 ДЗМ», л/с 2605442000630906)

От Исполнителя \_\_\_\_\_ (ФИО) \_\_\_\_\_ (подпись)

#### **Потребитель:**

Паспортные данные (либо данные иного документа, удостоверяющего личность):

серия номер, выдан \_\_\_\_\_ г.

Адрес регистрации/фактического пребывания:

\_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_.

Потребитель (или законный представитель) подлинный экземпляр настоящего договора на руки получил, с Порядком оказания медицинских услуг ознакомлен

Потребитель \_\_\_\_\_ (ФИО) \_\_\_\_\_ (подпись)

Приложение № 1

к договору № \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

## ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПОДЛЕЖАЩИХ ОКАЗАНИЮ ПОТРЕБИТЕЛЮ

Дата: \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ» обязуется оказать Потребителю следующие платные медицинские услуги:

№	Код и наименование услуги по прейскуранту	Цена (руб.)	Кол.	Сумма (руб.)
1				
2				
3				

Итого: \_\_\_\_\_ руб.

Стоимость медицинских услуг составляет: \_\_\_\_\_ (сумма прописью) рублей 00 копеек

От Исполнителя \_\_\_\_\_ / Должность \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_ /  
подписьПотребитель: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_ /  
подпись

**Согласие на обработку персональных данных**

Я, гражданин(ка) ФИО \_\_\_\_\_, в рамках Договора № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ» (далее — Исполнитель) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, 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 медико-профилактических целях, 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 процессе оказания Исполнителем мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Исполнитель вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по платной медицинской помощи.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

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

Настоящее согласие дано мной с момента подписания данного Договора и действует бессрочно.

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

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Потребитель: \_\_\_\_\_ / ФИО \_\_\_\_\_ /

(подпись)

к договору № \_\_\_\_\_ от " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**АКТ****о выполнении платных услуг**

Дата: " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Мы, нижеподписавшиеся, представитель Исполнителя (должность) \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_, с одной стороны, и Потребитель \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_ с другой стороны, составили настоящий Акт о том, что Исполнитель оказал Потребителю нижеперечисленные медицинские услуги. Потребитель не имеет претензий к Исполнителю по объему, качеству и срокам выполнения услуг.

№	Код и наименование услуги по прейскуранту	Цена (руб.)	Кол.	Сумма (руб.)
1				
2				
3				

Всего: \_\_\_\_\_ руб.

Итого на сумму: (Сумма прописью)

От Исполнителя \_\_\_\_\_ / Должность \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_ /  
(подпись)

Потребитель: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_ /  
(подпись)



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\*

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_, паспорт: (серия, номер) выдан \_\_\_\_\_ г. , 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Городская поликлиника № 66 Департамента здравоохранения города Москвы».

Медицинским \_\_\_\_\_

работником  
(должность,

Ф.И.О. 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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):

Потребитель: подпись \_\_\_\_\_ /ФИО \_\_\_\_\_ /

Потребитель (или законный представитель) расписался в моем присутствии

Должность медицинского работника \_\_\_\_\_, ФИО \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

---

\* Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, оформляется при первом обращении в медицинскую организацию за предоставлением первичной медико-санитарной помощи и клеивается в амбулаторную карту пациента.

**Уведомление  
о последствиях несоблюдения указаний  
(рекомендаций) медицинского учреждения**

ГБУЗ «ГП №66 ДЗМ», в соответствии с п.15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006, уведомляет ФИО \_\_\_\_\_ о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского учреждения (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 здоровья потребителя.

С уведомлением ознакомлен, экземпляр на руки получил до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

\_\_\_\_\_ / ФИО \_\_\_\_\_ /  
(подпись)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Уведомление  
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**

Я проинформирован(а) администрацией ГБУЗ «ГП №66 ДЗМ» о возможности получения в ГБУЗ «ГП №66 ДЗМ» 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, и даю свое согласие на получение медицинской помощи, входящей в программу государственных гарантий на платной основе.

\_\_\_\_\_ / ФИО \_\_\_\_\_ /  
(подпись)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.