

ДОГОВОР ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №

г. Москва

«___» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника №118 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ДГП № 118 ДЗМ»), осуществляющее медицинскую деятельность на основании лицензии от 28.12.2020 г. № Л041-01137-77/00563224 выданной Департаментом здравоохранения города Москвы, лицензируемый вид деятельности: Медицинская деятельность, срок действия лицензии: бессрочно, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующей на основании Доверенности от _____ года № _____, с одной стороны, и

(Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

Паспорт:серия _____ № _____ выдан _____
именуемый в дальнейшем «Заказчик», представляющий законные интересы

(Ф.И.О. ребёнка, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется по желанию и с согласия Заказчика при наличии медицинских показаний оказать платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется соблюдать все рекомендации Исполнителя и оплатить оказанные услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

1.2. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги согласно лицензии и в пределах Перечня платных медицинских услуг Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника № 118 Департамента здравоохранения города Москвы» в течении срока действия настоящего Договора.

1.3. Полный перечень медицинских услуг, предоставляемых Исполнителем, отражается в Прейскуранте. Информация о нем публикуется на сайте Исполнителя, а также предоставляется на бумажном носителе при обращении на службу ресепшн. Стоимость Услуг рассчитывается согласно прейскуранту, действующему на момент оказания Услуг.

1.4. Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Заказчика на получение платных медицинских услуг в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006" и ФЗ N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.5. Заказчик, при подписании настоящего Договора, подтверждает, что ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем платных медицинских услуг, стоимостью и условиями их предоставления, о действующих льготах для отдельных категорий граждан и отказывается от предложенной ему альтернативной возможности получения медицинской помощи бесплатно в рамках территориальной программы государственных гарантий.

1.6. Заказчик, получив в доступной форме от Исполнителя информацию о состоянии здоровья, наличии заболеваний, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствия, а также о результатах проведённого лечения, даёт информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в письменной форме (Приложение № 2 к настоящему Договору). Подписание настоящего Договора Заказчиком свидетельствует о его добровольном согласии на медицинское вмешательство и предоставление платных медицинских услуг.

1.7. После исполнения настоящего Договора Исполнитель выдаёт Заказчику медицинский документ (медицинская справка, заключение, выписка из медицинских документов).

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель имеет право:

2.1.1 Получать от Заказчика любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

2.1.2 Исполнитель вправе самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания медицинской услуги.

2.1.3 Исполнитель вправе с уведомлением Заказчика вносить изменения в лечение и провести дополнительное специализированное лечение.

2.1.4. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для лечения, Исполнитель вправе назначить другого врача для проведения лечения.

2.1.4 Отсрочить или отменить оказание услуги (в том числе в день назначения), и изменить сроки оказания услуг в случае обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний по общему состоянию здоровья.

2.2. Исполнитель обязуется:

2.2.1 Предоставить платные медицинские услуги, указанные в настоящем Договоре, в соответствии со стандартами и требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, а также при наличии информированного добровольного согласия Заказчика на лечебную (диагностическую) манипуляцию (процедуру) (Приложение № 2 к настоящему Договору) в случаях и порядке, предусмотренных законодательными и иными правовыми актами Российской Федерации.

2.2.2 Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.

2.2.3 Предоставлять Заказчику в понятной и доступной форме информацию, относящуюся к предмету настоящего Договора, в том числе:

- о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых медицинских изделиях и лекарственных препаратах, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;

- о ходе и порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

- о конкретном враче-специалисте, оказывающем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации).

2.3. Заказчик имеет право:

2.3.1 На выбор лечащего врача и получение консультаций врачей-специалистов, в том числе выбор другого врача, взамен ранее выполнявшего лечение.

2.3.2 На получение информации о состоянии здоровья.

2.3.3 На получение полной информации о предоставляемых медицинских услугах.

2.3.4 Требовать от Исполнителя надлежащее качество предоставляемой платной медицинской услуги.

2.3.5 Получать от Исполнителя сведения о наличии лицензии и сертификатов, о расчете стоимости медицинской услуги, о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанными с ними рисках, возможными осложнениями.

2.4. Заказчик обязуется:

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

2.4.2 Соблюдать условия настоящего договора, бережно относиться к имуществу Исполнителя, соблюдать правила поведения пациентов в медицинской организации.

2.4.3 В соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", точно и добросовестно выполнять рекомендации медицинского персонала оказывающих Пациенту платные медицинские услуги необходимые для качественного исполнения принятых Исполнителем обязательств по настоящему договору, в том числе соблюдать указания Исполнителя, режим лечения, предписанные на период после оказания платных медицинских услуг,

2.4.4 До оказания платной медицинской услуги сообщать все достоверные сведения о своем состоянии здоровья, хирургических вмешательствах, травмах, хронических и наследственных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях, наличия заболеваний, иных получаемых медицинских услугах и приеме лекарственных препаратов. По требованию Исполнителя предоставить медицинскую документацию, выписку из амбулаторной карты поликлиники по месту жительства.

2.4.5 Своевременно приходить на приемы специалистов, а в случае невозможности явки по уважительной причине предупредить об этом Исполнителя за 24 часа.

2.4.6 В противном случае Пациент теряет право на обслуживание, переназначается администратором Исполнителя на другое (предварительно согласованное с лечащим врачом) время.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ

3.1. Стоимость платных медицинских услуг определяется из перечня и объема услуг, на основании Прейскуранта и составляет _____ рублей,

сумма прописью - _____.

3.1.1. С согласия Заказчика медицинские услуги оплачиваются в полном размере в порядке 100%-ной предоплаты.

3.1.2. Заказчик производит оплату медицинских услуг по прайсу Исполнителя одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу или безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет, с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт.

3.1.2. Исполнитель имеет право не приступать к оказанию медицинских услуг Пациенту до момента оплаты.

3.2. Оплата услуг возврату не подлежит, за исключением случаев, предусмотренных п.3.4. настоящего Договора.

3.3. После оплаты Заказчику выдаётся кассовый документ, подтверждающий произведённую оплату оказанных медицинских услуг.

3.4. В процессе лечения может возникнуть необходимость в его корректировке (изменении), связанной с возникновением непредвиденных ситуаций (общие и местные реакции организма на введение медикаментов, новые обстоятельства, выявленные в процессе диагностики и т.д.). Эти корректировки, безусловно, могут оказывать влияние на общую стоимость. Исполнитель, врач-специалист обязаны незамедлительно сообщить об этом Заказчику. При этом Заказчик вправе отказаться от дальнейшего лечения и расторгнуть договор. Исполнитель возвращает оплаченную сумму за вычетом оплаты фактически оказанных услуг.

Если Заказчик письменно не возражает, лечение продолжается на новых условиях.

3.5. Стороны пришли к соглашению о том, что положения статьи 317.1 ГК РФ к отношениям Сторон по настоящему Договору не применяются.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. Исполнитель, врач-специалист несут ответственность перед Заказчиком за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешённым на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

4.3. Вред, причинённый жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.4. В случае претензии к качеству услуг Исполнителя, необходимо проведение заседания врачебной комиссии не позднее 10 (десяти) дней с момента получения письменной претензии Пациента.

4.5. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.

4.6. В остальных случаях стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами по настоящему договору.

5.2. Длительность лечения каждого пациента индивидуальна, определяется врачом ориентировочно, исходя из установленного диагноза, динамики течения заболевания в каждом конкретном случае.

5.3. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны сторонами либо их уполномоченными представителями.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. По окончании выполнения платных медицинских услуг Стороны подписывают Акт об оказании платных медицинских услуг (Приложение № 1 к настоящему Договору).

6.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

6.3. Подписывая настоящий Договор, Пациент, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ "О персональных данных", даёт свое согласие на обработку Исполнителем своих персональных данных.

6.4. Оригиналы медицинской документации Пациенту не выдаются. По письменному требованию Пациента согласно Приказу Минздрава России от 31.07.2020 N 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них" предоставляется выписка из медицинской документации или копия медицинских документов без взимания дополнительной платы в срок, установленный требованиями законодательства о порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации.

6.5. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

6.6. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон либо в случаях, предусмотренных законодательством РФ.

7. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения города Москвы «Детская
городская поликлиника № 118 Департамента
здравоохранения города Москвы»

Юридический адрес: 117628, г. Москва, ул. Куликовская, д.16

Фактический адрес: 117628, г. Москва, ул. Куликовская, д.16

ИНН 7727267994

КПП 772701001

ОГРН 1047727004665

КБК 05409020000131022131

Банковские реквизиты:

БИК 004525988

Казначейский счет (расчетный счет)

р/с 03224643450000007300 в ГУ Банка России по ЦФО//УФК

по г. Москве г. Москва

Единый казначейский счет (счет банка получателя)

№ 40102810545370000003

<https://dgp118.mos.ru>

ЗАКАЗЧИК

ФИО (Заказчик) _____

ФИО (Пациент) _____

Телефон _____

Адрес места жительства _____

ИСПОЛНИТЕЛЬ _____ / _____ /
(_____ № _____ от _____)

ЗАКАЗЧИК _____ / _____ /

М.П.

АКТ ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Москва

« ____ » _____ 20 ____ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника № 118 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ДГП № 118 ДЗМ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующей на основании _____ от _____ года № ____, с одной стороны, и гражданин (-ка) _____

_____ (далее - Заказчик) составили настоящий акт о нижеследующем:

1. В период с _____ по _____ ГБУЗ «ДГП № 118 ДЗМ» оказаны медицинские услуги Заказчику в составе:

№ п/п	Наименование услуги	Кол-во услуг	Цена	Сумма

Всего оказано услуг на сумму: _____

2. Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания медицинских услуг не имеет.

ИСПОЛНИТЕЛЬ
ГБУЗ «ДГП № 118 ДЗМ»

ЗАКАЗЧИК

_____/_____/_____
(_____ № ____ от _____)

_____/_____/_____

М.П.

« ____ » _____ 20 ____ г.

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, _____
(Ф.И.О. гражданина)

“ _____ ” _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо 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. № 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 «Детская городская поликлиника № 118 Департамента здравоохранения города Москвы»

_____ (полное наименование медицинской организации)

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. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 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. № 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)

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

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

“ _____ ” _____ г.

(дата оформления)